

Aus der Rheinischen Landesklinik
Psychiatrischen Klinik der Universität Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. K. Heinrich

„Vergleich zwischen 100 deutschen und 100 ausländischen Patienten, die in dem Zeitraum von 1972 und 1975 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Düsseldorf behandelt wurden, und die schichtweise selektioniert worden sind.“

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität

Düsseldorf

vorgelegt von

Joachim Bunse

1980

Aus der Rheinischen Landesklinik -
Psychiatrischen Klinik der Universität Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. K. Heinrich

„Vergleich zwischen 100 deutschen und 100 ausländischen Patienten, die in dem Zeitraum von 1972 und 1975 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Düsseldorf behandelt wurden, und die schichtweise selektioniert worden sind.“

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität

Düsseldorf

vorgelegt von

Joachim Bunse

1980



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof. Dr. Krüskemper

Referent
gez.: Prof. Dr. Haring

Korreferent
gez.: Prof. Dr. Steingrüber

Die nach dem 2. Weltkrieg in Europa zu beobachtende Gastarbeiterbewegung hat in den aufnehmenden Ländern die schon früher begonnene Erforschung der psychologischen, soziologischen und psychiatrischen Phänomene, die durch Migration hervorgerufen wurden, intensiviert.

Schon in frühen Jahrhunderten hat es Migration mit ihren für das Individuum bekannten Komplikationen gegeben. So untersuchte Ch. Zwingmann (43) in einer ins 16. Jahrhundert zurückreichenden Veröffentlichung den Begriff "Heimweh", der damals in der Schweiz geprägt worden sei, als schwere Krankheit von epidemischer Bedeutung gegolten habe und der schweizerische Söldner im Dienste europäischer Machthaber verfallen seien. Nach Zwingmann wurde das Phänomen unter dem Begriff "Nostalgia" als medizinisch-pathologische Kategorie von dem schweizer Arzt J. Hoferus erstmals systematisch behandelt. In England wurde im 18. Jahrhundert die "seltsame Krankheit" unter dem Namen "homesickness" bekannt. Im Frankreich des 19. Jahrhunderts sprachen Napoleons Ärzte Percy und Laurent (35) von den verheerenden Nostalgiequalen französischer Soldaten in Rußland und Afrika. Auch in Amerika ist nach Peters (36) ein Krieg, nämlich der Bürgerkrieg, Schauplatz des Auftretens von "Nostalgia" und "homesickness" als "leichte Form von Wahnsinn".

Im 20. Jahrhundert hat Jaspers i. J. 1909 (21) sich als erster des Heimwehproblems angenommen und auf mögliche kriminelle Reaktionen Heimwehkranker hingewiesen. Im Jahre 1920 berichtete Allers (1) über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung. In verschiedenen militärischen Krankenanstalten hatte er ein Syndrom beobachtet, das er nach seiner Struktur und seiner mutmaßlichen Genese der von Kraepelin beschriebenen Psychose der Schwerhörigen an die Seite stellte. Als ausschlaggebenden Faktor erachtete Allers die Unfähigkeit, die Äußerungen der umgebenden Personen zu erfassen.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548220_0016

Spätere Untersuchungen beschäftigten sich mit den psychischen Störungen bei Vertriebenen, Flüchtlingen und Emigranten (Ebermann, Eitringer, Kino, Knigge, Murphy, Pedersen, Ruesch). Insbesondere der Aspekt der Entwurzelung (Pfister-Ammende) und des Heimwehs (Frost, Zwingmann 43) im Hinblick auf spezifische psychopathologische Bilder wurde untersucht.

Zur Erklärung der hohen Rate endogener Psychosen im Zusammenhang mit Migration entstanden in den 30er Jahren zwei Hypothesen: Die sogenannte Selektionshypothese geht auf Ödegaard (33) zurück, der im Jahre 1932 ein unverhältnismäßig hohes Vorkommen von Psychosen bei norwegischen Immigranten in Minnesota fand. Die gefundenen Inzidenzraten setzte er in Relation sowohl zu der Inzidenzrate der einheimischen Bevölkerung von Minnesota als auch zu der Erkrankungshäufigkeit der Norweger in Norwegen. Die höchsten Inzidenzraten ergaben sich dabei für die Norweger in Minnesota, die geringsten für die Norweger in Norwegen. Ätiologisch maß Ödegaard konstitutionellen Faktoren größere Bedeutung bei als Umweltfaktoren, deren Existenz auch er allerdings nicht leugnete. Diese Überzeugung gewann Ödegaard aus der Tatsache, daß sich kein zeitlicher Zusammenhang nachweisen ließ zwischen dem Auftreten der Erkrankung und dem Zeitpunkt der Migration. In Minnesota wie in Norwegen traten psychotische Erkrankungen gehäuft zwischen dem 6. und 7. Dezzennium auf, und in beiden Gruppen war eine deutliche Ähnlichkeit bezüglich der Symptomatologie und des technischen Verlaufs nachweisbar. Eine weitere Stütze seiner Konstitutionshypothese sah Ödegaard in dem schizioden Denken, Fühlen, Handeln, ja im gesamten Sozialverhalten der schizoiden prämarbiden Persönlichkeit. Diese zeichne sich durch spärliche soziale Bindungen aus, durch geringes Adaptationsvermögen und frühe Konflikte in Elternhaus, Schule und Beruf. Auswanderung sei dann ein Weg, die oft ehrgeizig gesteckten Ziele in einer neuen Umgebung unter günstigeren, unvorbelasteten Bedingungen zu realisieren.

Im Jahre 1939 entwickelten Faris und Dunham (12) ihre "Breeder-Hypothese". Sie waren in den zentralen Stadtteilen von Chicago, die sich durch niedrigen Wohnstandard und schlechten sozio-ökonomischen Status im Vergleich zu der Peripherie der Stadt auszeichnen, auf ein gehäuftes Auftreten von Schizophrenien gestoßen. Der kulturellen Isolation in den sozial ungeordneten Stadtteilen maßen sie in ihrer Hypothese besondere ätiologische Bedeutung zu.

Ausgehend von diesen verschiedenen Theorien bezüglich der Zusammenhänge zwischen Migration und psychischer Erkrankung untersuchte Murphy (32) in verschiedenen Ländern die Einweisungsdaten in psychiatrischen Kliniken. In den amerikanischen Bundesstaaten New York, Ohio und Kalifornien fand er im Jahre 1950 für Einwanderer höhere Erst- sowie Schizophrenieeinweisungsdaten als für die einheimische Bevölkerung. Ähnliche Verhältnisse hatten schon Ödegaard und Astrup in Oslo für die Jahre 1931 - 1945 nachgewiesen. Andere Ergebnisse fand Murphy in Kanada, wo die immigrierte Bevölkerung nicht mehr, sondern proportional weniger Einweisungen erzielte als die einheimische. Dies galt hauptsächlich in der Kategorie der Psychosen. Insbesondere die Fraktion der italienischen und holländischen Einwanderer wies relativ geringe Einweisungsdaten auf.

In Israel fand Murphy im Jahre 1958 für afrikanische und asiatische Immigranten höhere, für amerikanische und europäische Einwanderer niedrigere Inzidenzraten für Schizophrenien im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung. Auf der Suche nach einer Erklärung erschien es ihm zunächst als möglich, daß psychische Erkrankungen eher, nämlich unmittelbar nach erfolgter Einwanderung in den ersten Nachkriegsjahren aufgetreten waren. Mit dieser Erklärung jedoch unvereinbar waren die erhöhten Prävalenzdaten, die Sunier im Jahre 1955 für die autochthone Bevölkerung ermittelt hatte.

Eine weitere Untersuchung vorhandener Inzidenzraten führte Murphy in Singapur durch, wo sich zum Zeitpunkt der Untersuchung mehr als die Hälfte der Bevölkerung aus Immigranten zusammensetzte. Auch wenn der Autor seine eigenen Methodologi-

schen Bedenken, insbesondere wegen der geringen Anzahl involvierter Patienten, nicht ganz ausräumen konnte, so wies er doch darauf hin, daß in dieser von Immigranten nahezu überströmten Stadt die Inzidenzrate der Einwanderer proportional geringer war, als es dem Anteil der Gesamtbevölkerung entsprochen hätte.

Aus seinen Untersuchungen zog Murphy den Schluß, daß die relativen Inzidenzraten von Immigranten mit deren zunehmendem Anteil an der Gesamtbevölkerung sinken.

Tyhurst (42) veröffentlichte 1951 eine sozial-psychiatrische Studie über 48 "displaced persons", die nach Kanada emigriert waren. Darin sah er in einem individuellen Faktor (Prädisposition) und in soziologischen Faktoren gleichwertige Momente bei der Entstehung einer psychischen Erkrankung. Ähnliche Standpunkte vertreten heute auch namhafte deutsche Sozialpsychiater (Häfner (18), Kulenkampf (24)).

Mezey (28,29) beobachtete in den Jahren 1957 - 1959 in einer Londoner Psychiatrischen Klinik 82 ungarische Flüchtlinge, die nach der Niederschlagung des Volksaufstandes im Jahre 1956 das Heimatland hatten verlassen müssen. Er fand bei etwa der Hälfte der Patienten psychiatrische Erkrankungen, die schon in der Heimat manifest geworden waren. Somit unterstützen seine Ergebnisse die Selektionshypothese.

Mit dem Abebben der gewaltigen Wanderbewegungen und Fluchtwellen nach dem II. Weltkrieg ist das Interesse an freiwilligen Wanderungsformen in den Vordergrund getreten. So legte 1975 W. Böker (4) in "Psychiatrie der Gegenwart" eine Arbeit vor, die unter dem Titel "Psychiatrie der Gastarbeiter" die Gastarbeiterwanderung als komplexes Migrationsphänomen analysiert. Nach Böker vereint die soziologische Situation der Gastarbeiter Komponenten sowohl des Auswanderer- als auch des Flüchtlingsdaseins. Der "Freiwilligkeit" ihres Wanderungsentschlusses liegt das wirtschaftliche Elend ihres Heimatlan-

des zugrunde. Diese Mittelstellung, so Böker, erschwere nicht nur die soziologische Kategorisierung, sondern werfe auch Probleme auf bei der Integration in die neue Umwelt, die bisher von einem Großteil der Ausländer gar nicht angestrebt worden sei. So lebten nach Angaben der Bundesanstalt für Arbeit von allen vor 1968 erstmals eingereisten verheirateten Gastarbeitern 48% allein. Neuere statistische Erhebungen verweisen jedoch auf einen Trend zur Dauerimmigration und damit zu vollständigerer Integration. Indikatoren für diese Entwicklung seien sinkende Rückwanderungsquoten und das Bestreben der Ausländer, ihre Familien nachzuholen; so lebten von allen 1971 erstmals in die BRD eingereisten ausländischen Arbeitnehmern nur noch 19 % allein.

In seinen epidemiologischen Überlegungen verweist Böker auf das gehäufte Auftreten von psychischen Zusammenbrüchen, beispielsweise Suizide und Depressionen, bei Flüchtlingen im Vergleich zu "regulären" Auswanderern und zur autochthonen Bevölkerung. Die allgemeine Erkrankungshäufigkeit der ausländischen Arbeitnehmer weiche nur unwesentlich von der deutscher Arbeitnehmer ab, im Jahre 1971 sei sie gar geringer gewesen. Andererseits besagt die Statistik der Bundesanstalt für Arbeit: Ausländische Arbeitnehmer weisen eine doppelt so hohe Unfallhäufigkeit auf wie ihre deutschen Kollegen. Des weiteren führt Böker Befunde an zum Konzept "sozio-kultureller Streß" (Klimawechsel, Ernährungsumstellung, Wohnmilieu, Wechsel vom Land in die Stadt, mangelnde Sprachkenntnisse, "Zusammenprall der Kulturen) sowie auch Befunde zum Konzept der Selektion.

Verschiedene Autoren haben sich in den letzten Jahren mit Fragen der Methodik beschäftigt. So legte Frießem (15) 1976 eine Arbeit vor, in der er methodologische Probleme untersucht, die die Vielzahl transkulturell-psychiatrischer Erscheinungsbilder schon auf der Ebene der Deskription hervorruft. Er nennt die Auswertung von Krankenhausdaten als vor-

läufig beste Möglichkeit der Datengewinnung der Empirischen Psychiatrie. Dabei seien die jeweiligen Vor- und Nachteile einer retrospektiven oder prospektiven Studie abzuwägen. Den entscheidenden Nachteil der Retrospektivstudie sieht er in der Begrenzung auf lediglich diejenigen Daten, die aus den Krankengeschichten entnehmbar sind. Dabei ergibt sich, wie schon Mombour (30) gezeigt hat, die zusätzliche Schwierigkeit, daß beim Fehlen eines bestimmten Merkmals offen bleibt, ob dieses nun wirklich als fehlend oder überhaupt nicht ermittelt worden ist.

Zur Vermeidung wesentlicher Fehler bei epidemiologischen und auch klinisch statistischen Berechnungen verweist Frießem auf die Wichtigkeit gleicher Altersverteilung im ausgewerteten Patientengut gegenüber der Risikopopulation. Außerdem erinnert er an die Forderung, in eine solche Dokumentation nur vergleichbare deutsche Patienten, vornehmlich der internen Sozialschichten, einzubeziehen.

Im selben Jahr hielt Frankenberg (14) in Kiel einen Vortrag, der das Arzt-Patientenverhältnis und die darauf lasierende Diagnostik und Therapie beleuchtete. Wie schon Pfeiffer und Murphy festgestellt hatten, so stieß auch Frankenberg auf die Sprachbarriere als hemmendes Moment. Von 736 niedergelassenen Ärzten gaben bei einer Umfrage ein Viertel an, "häufig" Sprachschwierigkeiten mit ausländischen Patienten zu haben, mehr als die Hälfte hatte solche "manchmal", und nur ein Viertel bis ein Fünftel hatte solche "selten".

Trotz dieser Schwierigkeiten liegen heute zahlreiche Untersuchungen über das Sozialverhalten, psychische und somatische Störungen ausländischer Arbeitnehmer in der BRD sowie anderer westeuropäischer Staaten vor. Bingemer und Meistermann-Seeger (3) unterscheiden in ihrem Buch "Leben als Gastarbeiter" 3 verschiedene Integrationsformen der Gastarbeiter. Die moniotische Integration, die weitgehend einer Unterwerfung unter die Eigenarten des Gastlandes entspricht. Die Pluralistische

Integration, die eine Assimilation mit einem Mindestmaß von beiderseitiger Veränderung darstellt. 3. Die Interaktionistische Integration, die dann gegeben ist, wenn die wechselseitige Beeinflussung ein Höchstmaß erreicht.

Im konkreten Fall untersuchte Kurz (25) die Gruppenstruktur und Anpassungsdispositionen im Italiener-Wohnlager einer Münchner Baufirma. Neben materiellen Gesichtspunkten betrachteten viele der Arbeiter ihren Deutschlandaufenthalt als eine Zeit der Prüfung von Charakterfestigkeit, Opfermut und Familiensinn. Diese Haltung ermöglichte ein reibungsloses Zusammenleben der Italiener, die sich einerseits gewissen Verhaltensnormen mit Geltung im gesamten Lagerbereich (gutes Auskommen) unterwarfen, andererseits Verhaltensnormen in kleineren, "familistischen" Gruppen entwickelten. Führungsstreitigkeiten wurden vermieden, indem, wie in der süditalienischen Familienhierarchie, dem Älteren eine Autoritätsposition eingeräumt wurde.

Haring und Xenakis (20) legten eine Pilot-Studie vor, die sich auf eine Fragebogenerhebung an 192 griechischen Staatsangehörigen in West-Berlin stützt. Die Mehrzahl der griechischen Arbeitnehmer war aus ökonomischen Gründen nach Deutschland gekommen. Sie verfügten bei ihrer Ankunft in Berlin nur über zeitlich begrenzte Verträge, geringe deutsche Sprachkenntnisse und völlig ungenügende Informationen über das Gastland. Im Kontrast dazu sind die Erwartungen an das Gastland hochgeschraubt. Diese Zeit bezeichneten die Autoren als Erwartungsphase, der nach etwa 4 - 6 Monaten eine Irritationsphase als Ausdruck der Konfrontation mit den realen Verhältnissen folgt. Gelingt die gewünschte Anpassung nicht, und wird der Wunsch, in die griechische Heimat zurückzukehren, übermächtig, so sprechen die Autoren von der Phase der nostalgischen Reaktion. In diesem Zusammenhang sei auf Zwingmanns (45) Aufsatz mit dem Titel "The Nostalgic Phenomenon And Its Exploitation" hingewiesen, in welchem der Verfasser dem Be-

griff "Heimweh" nachgeht, den er als unangemessen und irreführend bezeichnet, da das "Heim", je nach den individuellen Gegebenheiten, durch das Elternhaus, das Heimatland, den Arbeitsplatz usw. symbolisiert werden kann. Es könne sich "Heimweh" auch bei Daheimgebliebenen entwickeln, etwa bei der Mutter, die "Heimweh" nach dem abwesenden Kind empfindet. Daher führte Zwingmann den Begriff "Nostalgische Reaktion" ein, der die psychologische Prozeßnatur dieses Phänomens mit größerer Präzision widerspiegelt.

Nach Zwingmann vermögen bestimmte Ereignisse eine Aktualisierung nostalgischen Verhaltens heraufzubeschwören. Es sind dies Ereignisse wie Weihnachten, Ostern, Geburtstag usw., die eine affektive Bezugssituation zu einem angenehmen Erlebnis in der Vergangenheit herstellen, gleichzeitig aber Angst in der Gegenwart auslösen. Erfolgt der Wechsel des Milieus besonders abrupt, tatsächlich oder vermeintlich irreversibel und kontrastiert die neue Situation zu stark mit der alten, so kann nostalgisches Verhalten so ausgeprägt auftreten, daß Zwingmann die Einführung des Begriffes "nostalgische Fixierung" für angebracht hielt. Eine solche Fixierung könne einhergehen mit aggressivem Verhalten, oder, wie in der Literatur beschrieben, dem gehäuften Auftreten von Ulcera oder Tuberkulose.

In einem anderen Aufsatz mit dem Titel "Nostalgisches Verhalten" (44) ging Zwingmann detailliert auf die Unterschiede zwischen dem heimatlichen Milieu und dem des Gastlandes ein. Als wesentliche Unterschiede zwischen der BRD und Südeuropa nannte er: Klimatisch-Topographische Kontraste, Arbeitstempo und -rhythmus, Religiosität, Ordnungs- und Sauberkeitsbegriffe, Familienbande und emotionales Ausdrucksverhalten. Als Symptome des nostalgischen Verhaltens führte er an:

1. Verminderte Arbeitseffizienz
2. Furcht, daß den Familienangehörigen etwas zustoßen könnte
3. Herabgesetzte Bandbreite der Affektivität
4. Schuldgefühle

5. Müdigkeit und Verlust an Vitalität
6. erhöhte Suggestibilität, Sensitivität und Irritabilität
7. Konzentrationsverlust
8. Gehäuftes Auftreten von Erkrankungen und Unfällen
9. Herabgesetzte Frustrationstoleranz
10. Das Gefühl, in einer feindselig gestimmten Umwelt zu leben.

Diarra (9) untersuchte das Verhalten der etwa 60.000 Afrikaner aus Schwarz-Afrika (Senegal, Mali), die zwischen 1958 und 1963 nach Frankreich eingewandert waren, davon 2 Drittel, also etwa 40.000 nach Paris. Die Eingliederung in industrielle Berufe gelang umso besser, je perfekter die Sprachkenntnisse der Einwanderer waren. Es bewährte sich, diejenigen afrikanischen Arbeiter, die nur über unzulängliche französische Sprachkenntnisse verfügten, in Arbeitsteams zusammenzufassen, denen jeweils ein sprachgewandter Afrikaner als Dolmetscher zugeteilt wurde. Als gefährlich erwies sich die Unkenntnis der Gefahren im Umgang mit Maschinen, die während der ersten 6 Beschäftigungsmonate zu einem gehäuften Auftreten von Arbeitsunfällen führte. Von ihren Arbeitgebern wurden die Afrikaner überwiegend als höflich, willig, korrekt, gelehrt und ausdauernd bezeichnet. Wie schon andere Autoren, so fand auch Diarra, daß sich die Einwanderer außerhalb des Arbeitsplatzes gegen die für sie ungewohnte Umwelt abkapselten und weitgehend ihren afrikanischen Lebensformen treu blieben.

Eine große Herausforderung an die Migrationspsychiatrie stellt die Frage nach Inzidenz und Prävalenz psychiatrischer Krankheiten dar. Schon 1955 überprüften Daumezon, Champion et al. (8) in der Region Paris die Inzidenz psychopathologischer Störungen bei nordafrikanischen Einwanderern, die überwiegend aus Algerien stammten. Dabei fanden die Autoren höhere Hospitalisationsraten als in der einheimischen Bevölkerung, differierende psychopathologische Symptome, niedrigere Ent-

lassungsraten und höhere Mortalität bei schwierigen sozialen Anpassungsproblemen. Berücksichtigte man die Altersgruppenverteilung, so reduzierten sich die Admissionsraten, die sich im übrigen nach längerem Aufenthalt derjenigen der französischen Bevölkerung anglichen.

Friessem (16) verglich die 351 psychiatrischen Aufnahmen ausländischer Patienten (vorwiegend Südeuropäer und Türken), die in dem Zeitraum 1963 - 1970 an einer städtischen Nervenklinik in Stuttgart registriert wurden, mit den 7234 deutschen Patienten desselben Zeitraums. Als gleich häufig in beiden Gruppen erwiesen sich Schizophrenie und affektive Psychosen. Signifikant häufiger fand Friessem in der ausländischen Gruppe Neurosen und abnorme sowie psychosomatische Reaktionen, während Suizidversuche und Alkoholkrankheiten etwas seltener als bei den deutschen Patienten zu registrieren waren.

Benkert, Floru und Freistein (2) fanden 1974 bei der Analyse von 130 ausländischen Patienten (Jugoslawen 33 Fälle, Griechen 26, Italiener 20, Spanier 11, Türken 10 Fälle), die vom 1. 1. 1970 bis zum 31. 12. 1971 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Düsseldorf zur Beobachtung gelangten ein Überwiegen schizophrener Psychosen bei Griechen, Italienern und Spaniern, ein völliges Fehlen affektiver Psychosen bei Jugoslawen und Türken sowie einen ersten Rangplatz für Neurosen und Persönlichkeitsstörungen bei Jugoslawen. Die Patienten mit reaktiven Psychosen oder abnormen psychotischen Reaktionen und Entwicklungen wiesen schwerwiegende Veränderungen im sozialen Vorfeld ihrer Erkrankung auf: 33,3 % lebten in völlig unzu-~~länglichen~~ Wohnverhältnissen, 41,7 % litten an einem gestörten Verhältnis zu ihren Landsleuten und 58,5 % der Fälle gaben zusätzliche andere Belastungen an.

Von Cranach (7) erarbeitete eine Studie über alle 179 Gastarbeiter, die 1971 in München und Südbayern in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen worden waren.

Er kam zu folgenden Ergebnissen:

1. Ausländische Arbeitnehmer kommen seltener in eine psychi-

atrische Klinik als die deutsche Bevölkerung in allen Altersklassen.

2. Schizophreniforme Psychosen und affektive Erkrankungen, die einer Krankenhauseinweisung bedürfen, werden überwiegend im 1. Aufenthaltsjahr in der BRD manifest.
3. Krankenhauseinweisungen von Alkoholikern erfolgen spätestens im 3. Aufenthaltsjahr in der BRD.
4. Die Wahrscheinlichkeit einer Krankenhauseinweisung ist höher für solche, die über keine deutschen Sprachkenntnisse verfügen.
5. Das Gleiche gilt für alleinstehende ausländische Arbeitnehmer (45 % Alleinstehende gegenüber nur 27 % in der gesamten ausländischen Population).
6. Ausländische Arbeitnehmer beanspruchen häufiger die Dienste praktischer Ärzte als deutsche Arbeitnehmer gleichen Alters.
7. Die höhere Rate an Konsultationen praktischer Ärzte korreliert mit einer höheren Rate an Gastritis und peptischen Ulcera sowie undifferenzierbarer Schmerzen.
8. Die psychosomatischen Krankheitsbilder erscheinen hauptsächlich im 2. Aufenthaltsjahr und später. Sie treten häufiger auf bei Arbeitnehmern, die ohne Familie in fabrikeigenen Heimen wohnen.

In einer epidemiologischen, nicht repräsentativen Studie untersuchten Pflanz, Hasenknopf und Costas (38) den Einfluß des sozio-kulturellen Wandels auf den Blutdruck bei griechischen Gastarbeitern und Gastarbeiterinnen, die in der Nähe von Gießen lebten und deren Alter zwischen 20 und 44 Jahre lag. Als Kontrollgruppe diente dabei eine vergleichbare Stichprobe griechischer Männer und Frauen in Griechenland. Dabei fand sich nur bei den Griechinnen in Deutschland ein erhöhter systolischer sowie diastolischer Blutdruck. Bei den in Griechenland lebenden Männern und Frauen traten überraschenderweise 7 funktionelle Symptome häufiger auf als bei ihren als Gastarbeiter in Deutschland lebenden Landsleuten; dies waren:

Kopfschmerzen, Halsbeschwerden, Oberbauchbeschwerden, Obstipation, Schlafstörungen, Mattigkeit und innere Unruhe. Damit war zumindest in dem untersuchten Patientenkollektiv die pauschal behauptete überproportionierte Häufigkeit funktioneller Beschwerden bei Gastarbeitern widerlegt.

Macek und Mayer (27) ermittelten 1971 in einer Fragebogenaktion an 328 jugoslawischen Gastarbeitern in einer österreichischen Textilfabrik gehäuft gastrointestinale Krankheiten wie Gastritis, Ulcus ventriculi et duodeni sowie zahlreiche Fälle akut operationsbedürftiger Appendicitis. Da hier allerdings Vergleichszahlen aus dem Heimatland oder von österreichischen Arbeitskollegen nicht vorliegen, kann auch nicht unbedingt auf eine erhöhte Morbidität für psychosomatische Leiden bei den befragten Gastarbeitern geschlossen werden.

Ähnliche Entdeckungen wie Macek und Mayer machte allerdings auch Cranach (7), der, angeregt durch seine Studie über die Inzidenzraten ausländischer Arbeitnehmer in München und Südbayern, die Daten der Krankenversicherungsabteilung einer großen bayerischen Fabrik analysierte. Der Betrieb beschäftigte 6.000 Arbeiter, davon 54 % Deutsche und 46 % Ausländer.

Cranach analysierte die Krankmeldungen, die innerhalb eines Monats erfolgten. Zunächst stellte sich heraus, daß aus den Reihen der ausländischen Arbeitnehmer trotz deren niedrigeren Durchschnittsalters mehr Krankmeldungen erfolgten als von den deutschen Arbeitnehmern. Cardiovasculäre Erkrankungen traten gehäuft bei den deutschen Arbeitnehmern auf, was Cranach auf deren höheres Durchschnittsalter zurückführte. Erkrankungen des Respirationstraktes, hauptsächlich kleinere Infektionskrankheiten, traten in beiden Gruppen ungefähr gleich häufig auf. Dagegen wurden Erkrankungen des Verdauungstraktes, hauptsächlich Gastritis und ulcera ventriculi et duodeni, signifikant häufiger in der Gruppe der ausländischen Arbeitnehmer diagnostiziert. Eine ähnlich unglückliche Verteilung traf für die Erkrankungen des Bewegungsapparates zu. Hier waren in erster Linie die jüngeren Ausländer betroffen.

Mit der Aufnahme von Gastarbeitern in psychiatrische Kliniken der Gastländer stellte sich auch die Frage, ob es sich bei den vorliegenden Erkrankungen um "übliche" psychiatrische Krankheitszustände handelt, die, so Böker, "lediglich in ihrer Pathoplastik von kulturspezifischen Verhaltensweisen der ausländischen Patienten eigentümlich geformt sind und auch in deren Herkunftsländern in gleichartiger Weise und gleicher Häufigkeit auftreten" oder ob durch den Migrationsprozeß typische "Gastarbeitersyndrome" verursacht werden.

Dazu berichteten W. Böker und R. Schwarz (5) in einer Studie mit dem Titel "Die akute paranoide Reaktion - ein charakteristisches Phänomen der transkulturellen- und Migrationspsychiatrie" über psychologische Phänomene bei Gastarbeitern in Europa. Sie waren auf ein charakteristisches Verhaltensmuster gestoßen, dessen Erscheinungsbild, Vorkommen und Verlauf sie skizzierten. Zum Erscheinungsbild gaben sie an:

"Gemeint ist ein häufig akut aufbrechender Zustand ängstlicher Erregung mit Körperveränderungserlebnissen, Verwirrtheit und ausgeprägtem Krankheitsgefühl, in dessen Zentrum wahnähnliche oder paranoide Inhalte angetroffen werden. Das Syndrom erinnert vielfach an akute schizophrene Episoden, zeigt aber auch Merkmale, die bei exogenen Psychosen vom Typ des Delirs gesehen werden und bildet sich gewöhnlich rasch zurück. Im internationalen Sprachgebrauch hat sich dafür die Bezeichnung "akute paranoide Reaktion" eingebürgert."

Umstritten sei im internationalen Schrifttum die nosologische Zuordnung akuter wahnbildender Psychosen. Eine andere Schwierigkeit ist die Abgrenzung der Schizophrenie, insbesondere, wenn längere Katamnesen fehlen. Mit gehäuftem Vorkommen ist nach Meinung der Autoren in den Entwicklungsländern zu rechnen, wozu sie Beispiele aus Algerien, Senegal, Neuguinea und von den Karibischen Inseln zitieren. Hinsichtlich der Entstehung werden als fördernde Faktoren genannt: Kritische An-

passungsbelastungen mit interkurrierenden Krisenerlebnissen, mangelndes Sprachverständnis und Unkenntnis zwischenmenschlicher Kommunikationsregeln im Gastland.

Häfner et al. (19) legten 1977 eine Studie vor über "Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern". Eine Gruppe von 200 Arbeitnehmern aus Mittelanatolien wurde unmittelbar nach ihrer Ankunft durch einen türkischen Psychiater untersucht und interviewt. Ein Viertel der Untersuchten wurde 3 Monate nach Einwanderung, rund ein Drittel 18 Monate nach Einwanderung als psychisch krank registriert. Die nach 3 Monaten vorherrschenden depressiven Syndrome waren nach 18 Monaten in psychosomatische Beschwerdebilder ohne wesentliche depressive Komponente übergegangen. Ein weiteres Ergebnis der Studie war die Erkenntnis, daß das Erkrankungsrisiko für Gastarbeiter, die bereits eine psychiatrische Vorerkrankung erlebt hatten, zum Zeitpunkt 3 Monate nach Einwanderung doppelt so hoch war wie für den Durchschnitt. Zwei Drittel der untersuchten Gastarbeiter, so Häfner, hätten zu keinem Zeitpunkt Symptome aufgewiesen. Ausgesprochen schwere Störungen seien bei keinem feststellbar gewesen, die beobachteten, relativ monotonen Erscheinungsbilder seien kaum kulturspezifisch zu nennen gewesen.

Poeck (39) beschrieb einen hypochondrischen Krankheitszustand, der sich bei italienischen Gastarbeitern entwickelte, die sich anfangs offenbar gut in Deutschland adaptiert hatten. "Außer in der Sexualsphäre erlebten die Patienten ihre Krankheit hauptsächlich als Störung in den Verdauungsorganen", so berichtet der Autor. Soweit er erfahren konnte, "hatten die Patienten vor der Erkrankung keine ängstlich gefärbte Besorgtheit um ihr leibliches Wohlbefinden" und auch kein "Persönlichkeitsgefüge von depressiver Schattierung" gezeigt. Vielmehr waren sie "prämorbed offenbar gut gestimmt unreflektiert" und von einer kindlichen Naivität.

Burner und Zaragoza (6) legten eine medizinisch-soziologische Untersuchung vor, die sie an 76 spanischen Gastarbeitern

durchgeführt hatten, die sich in der Schweiz einer klinischen oder ambulanten psychiatrischen Behandlung unterzogen hatten. Die Autoren fanden Entwurzelungserscheinungen in vielen Fällen, die schwersten Ausprägungen jedoch bei undifferenziierten Patienten, deren Intelligenz sich an der unteren Normgrenze befand und die zudem häufig aus besonders armen Verhältnissen stammten. Seelische Konflikte traten besonders bei solchen Patienten auf, die keinen Kontakt zu ihren Landsleuten pflegten. Konflikte am Arbeitsplatz traten dann auf, wenn die neue Arbeit weniger spezialisiert war als die in der Heimat verrichtete. Sie lösten Angstzustände und reaktive Depressionen aus, in 15 Fällen neurotische Entwicklungen und bei 24 Patienten gar akute psychotische Zustände. Somatische Beschwerden gaben etwa ein Drittel der Patienten an, wobei es sich meistens um "neurovegetative Dystonie" handelte. Die Autoren betonen, es sei von den Patienten nur sehr selten der Versuch unternommen worden, aus ihrer Krankheit finanziellen Gewinn zu ziehen. Auch seien querulatorische Verhaltensweisen so gut wie gar nicht beobachtet worden.

Laffranchini (26) gab einen Überblick über die Statistik sozialer und klinischer Daten von 1094 italienischen Patienten, die innerhalb von 30 Jahren in Zürich behandelt worden waren. Der Autor stellt die psychoseaktiven Störungen in den Vordergrund, besonders die neurastheniformen, hysterischen, sexualneurotischen und posttraumatischen Syndrome, weil diese die Mehrzahl der von ihm beobachteten Krankheitsbilder ausmachten. Er zieht den Schluß, daß insbesondere die reaktiven Störungen als Anpassungsschwierigkeiten an die schweizerischen Verhältnisse aufzufassen sind. Allerdings stellte er auch fest, daß viele Patienten schon zuvor "abile, problematische Persönlichkeiten" waren. In vielen Krankheitsbildern entdeckte Laffranchini einen Zusammenprall zwischen der primitiven, oft magischen Welt gewisser Patienten (hauptsächlich Süditaliener) mit der neuen Heimat.

Über dieselbe Erfahrung berichteten auch Risso, Ram und Böker (40), die zehn männliche süditalienische Patienten der Psychiatrischen Poliklinik und Klinik Bern und einen weiteren

Patienten der Universitätsklinik Zürich beobachtet und untersucht hatten. Bei diesen Patienten handelte es sich um junge Männer aus unterentwickelten ländlichen Gebieten, die eine mangelhafte Schulbildung genossen hatten und die vor ihrer Auswanderung kaum einmal über die Grenzen ihres Heimatdorfes hinausgelangt waren. Sie waren in einer magischen Welt aufgewachsen, in der Liebes- und Todeszauber für die Erlebnisswelt eine bedeutende Rolle spielten. Im Zusammenprall dieser magischen Welt mit der mitteleuropäischen Geisteshaltung des Gastlandes entwickelten sich Störungen seelischer Art, die eine recht einheitliche charakteristische Symptomatologie aufwiesen und die sich zwar in ihrer Ausgeprägtheit, nicht aber qualitativ unterschieden. Dabei standen ängstliche Depressionen mit Willenshemmung, schwere Körperversänderungsgefühle und ein alles beherrschender Verhexungswahn im Vordergrund. Da aber "Verhexung" in der magischen Welt der Patienten als ein durchaus realistisches Phänomen galt, trat "kein Bruch zwischen der Wahngewißheit und der Auffassung der engeren Umwelt ein".

Im Anschluß an eine frühere klinische und sozialpsychiatrische Studie über 130 ausländische Arbeitnehmer untersuchte Floru (13) die transkulturellen form- und inhaltsbestimmenden psychiatrischen Faktoren. Als bestimmende Momente hob er hervor: "Überbleibsel des magischen Denkens und starre, sippenzentrierte sozialkulturelle Strukturen sowie eine beginnende Auflockerung der letzteren mit anfänglicher Assimilierung abendländischer Lebensformen im Heimatland einerseits und die Integrationskrisen durch Kollision zwischen Altem und Neuem nach der Einwanderung andererseits".

Material und Methodik

In dem Zeitraum vom 1. Januar 1972 bis 31. Dezember 1975 wurden in der Psychiatrischen Universitätsklinik Düsseldorf ca. 700 ausländische Patienten stationär behandelt. Diese wurden in einer Liste aufgeführt und durchnummeriert. In der Absicht, eine 100 Patienten umfassende Stichprobe zu gewinnen, wurden dann einer Tabelle 100 Zufallszahlen zwischen 0 und 700 entnommen. In die Stichprobe wurden nun diejenigen Patienten einbezogen, deren Numerierung mit einer Zufallszahl identisch war. Sodann wurde für jeden ausländischen Patienten der Stichprobe ein deutscher Patient gesucht, der im gleichen Zeitraum behandelt worden war und dem jeweiligen ausländischen Patienten in folgenden Kriterien entsprach:

1. Geschlecht
2. Alter
3. Sozialer Status
4. Diagnose des aufnehmenden Arztes
(ICD - Diagnosen)

Es wurden zu diesem Zweck die Aufnahmebücher der Jahre 1972 bis 1975 auf Seiten aufgeschlagen, die durch Zufallszahlen bestimmt worden waren. Der von diesen Seiten ausgegangen nächste, nach obigen Kriterien geeignet erscheinende, Patient wurde in die deutsche Stichprobe aufgenommen. So entstand eine zweite Stichprobe, die bezüglich der obigen Kriterien der Ausländerstichprobe vergleichbar war.

Im folgenden wurde versucht, jeder einzelnen der 200 Krankengeschichten 27 klinische bzw. sozialpsychiatrische Daten zu entnehmen, nämlich:

1. Alter
2. Geschlecht
3. Familienstand
4. Anzahl der Kinder
5. Religion
6. Deutsche Sprachkenntnisse
7. Tätigkeit in der BRD
8. Erbliche Belastung
9. Frühere Behandlung
10. Abusus
11. Reaktive Mitverursachung
12. Grund der Einweisung
13. Zustand bei Einweisung
14. Art der Unterbringung
15. Einweisender
16. Diagnose des Einweisenden
17. Diagnose bei Aufnahme
18. Diagnose bei Entlassung
19. Organische Erkrankungen
20. Verhalten auf der Station
21. Besucher
22. Behandlung
23. Anamnesenlänge
24. Weiterbehandlung nach Entlassung?
25. Alter Arbeitsplatz erhalten?
26. Alte Wohnung erhalten?
27. Soziale Maßnahmen

Aber dies gelang infolge der Unzulänglichkeit der Krankengeschichten nicht in allen Fällen und bei den Items Nr. 19, 20, 21, 23, 25, 26 und 27 so unvollkommen, daß diese nicht weiter bearbeitet werden konnten. Dabei ergab sich, wie schon Mombour gezeigt hat, die Schwierigkeit, daß beim Fehlen ei-

nes bestimmten Merkmals offen bleibt, ob dieses nun wirklich als fehlend oder überhaupt nicht ermittelt worden ist.

Die genannten Daten wurden auf Lochkarten übertragen, um sie anschließend der statistischen Auswertung zuführen zu können. Die vorliegenden statistischen Berechnungen einschließlich der zugehörigen Chi^2 -Berechnungen (Signifikanzniveau $\leq 5\%$) entstammen dem Computer des Rechenzentrums der Universität Düsseldorf.

Stichprobenbeschreibung

1. Geschlechtsverteilung

In beiden Stichproben stehen 67 männlichen Patienten 33 weibliche gegenüber.

2. Altersverteilung

Die in beiden Stichproben gleiche, da methodisch intendierte Altersverteilung wird nach den Geschlechtern getrennt in den Tabellen 1 und 2 wiedergegeben.

Sowohl unter den weiblichen als auch unter den männlichen Patienten ergab sich ein Häufigkeitsgipfel zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr; insgesamt lagen 61 % der Patienten altersmäßig in der genannten Spanne. Nur insgesamt 7 Patienten waren jünger als 20 Jahre alt und nur insgesamt 6 hatten bereits das 60. Lebensjahr überschritten.

Tabelle 1: Altersverteilung der Männer (insgesamt 67)

TABELLE 1: ALTERSVERTEILUNG DER MÄNNER (N = 67)

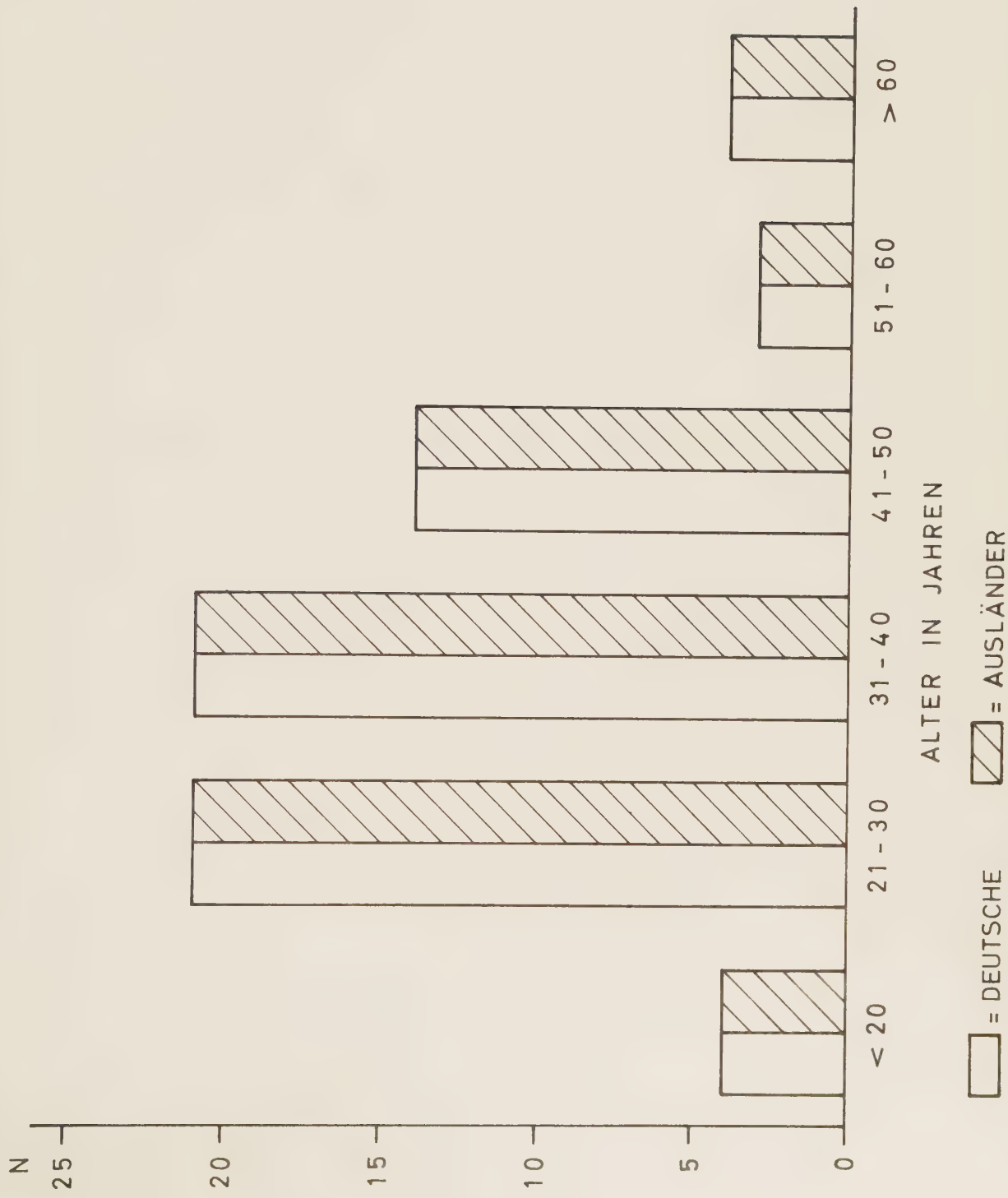
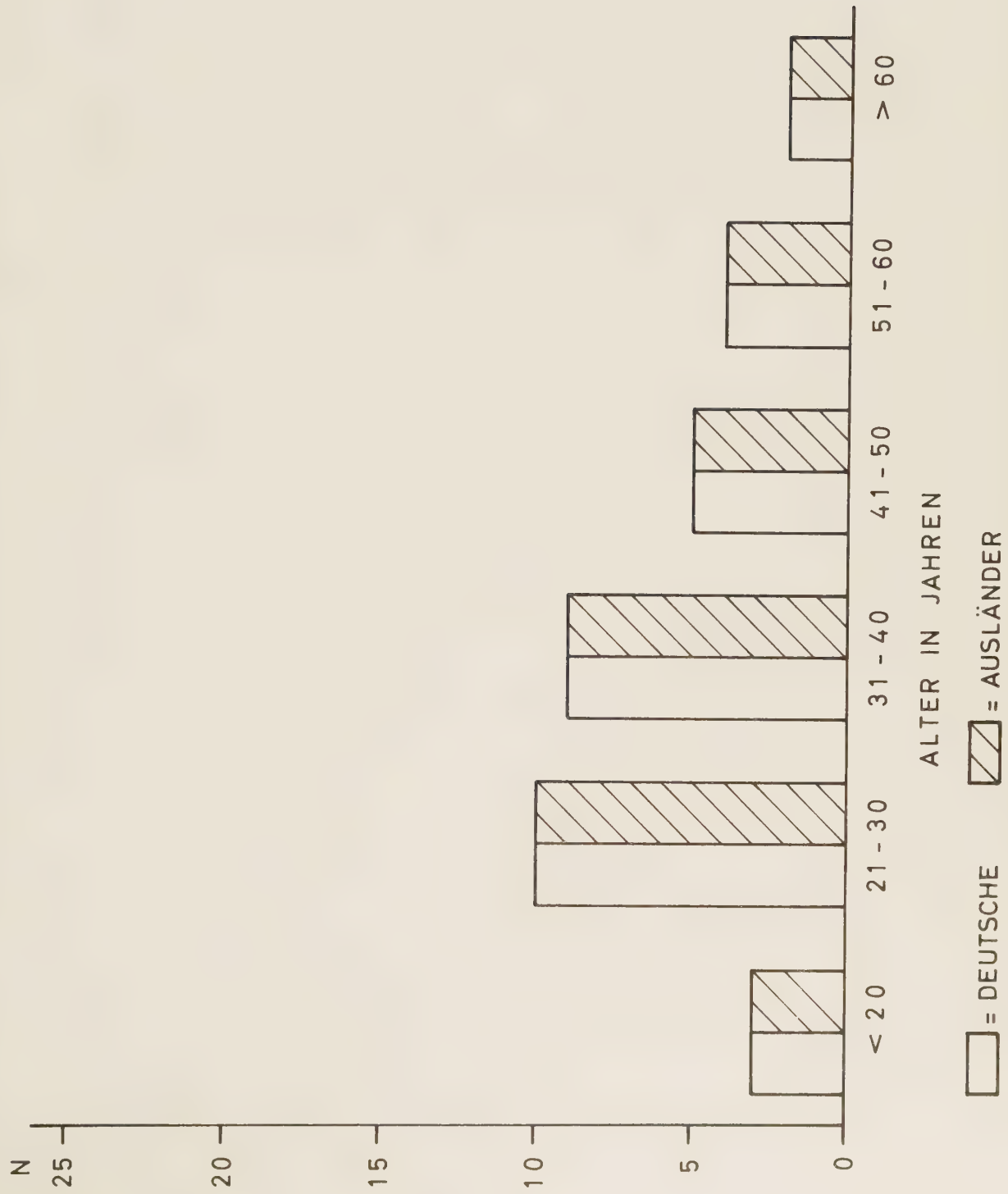


Tabelle 2: Altersverteilung der Frauen (insgesamt 33)

TABELLE 2: ALTERSVERTEILUNG DER FRAUEN (N = 33)



3. Verteilung der Nationalitäten und des Geschlechts
in der ausländischen Stichprobe

Die Einteilung der 100 ausländischen Patienten in Nationalitätengruppen ist der Tabelle 3 zu entnehmen. Insgesamt sind 19 verschiedene Nationalitäten vertreten, die sich über den ganzen Erdball verteilen. Mit 68 % der Patienten ist der Mittelmeerraum (Jugoslawien, Italien, Spanien, Griechenland, Türkei, Matokko) zahlenmäßig am stärksten vertreten. Abgesehen von den Briten, die mit je 3 männlichen und weiblichen Patienten hinsichtlich des Geschlechts ausbalanciert waren, wiesen alle übrigen Nationalitätengruppen ein zahlenmäßiges Überwiegen der männlichen Patienten auf.

Tabelle 3:

Verteilung der Nationalitäten und des Geschlechts bei
100 ausländischen Patienten

	männl.	weibl.	insges.
Jugoslawen	12	6	18
Italiener	9	5	14
Türken	8	6	14
Spanier	7	1	8
Griechen	7	3	10
Niederländer	5	2	7
Briten	3	3	6
Österreicher	3	1	4
Amerikaner	1	1	2
Japaner	1	1	2
Ungarn	1	1	2
Portugiesen	3	-	3
Marokkaner	4	-	4
Perser	1	-	1
Polen	1	-	1
Inder	-	1	1
Kanadier	-	1	1
Indonesier	1	-	1
Mexikaner	-	1	1
	67	33	100
=====			

4. Familienstand

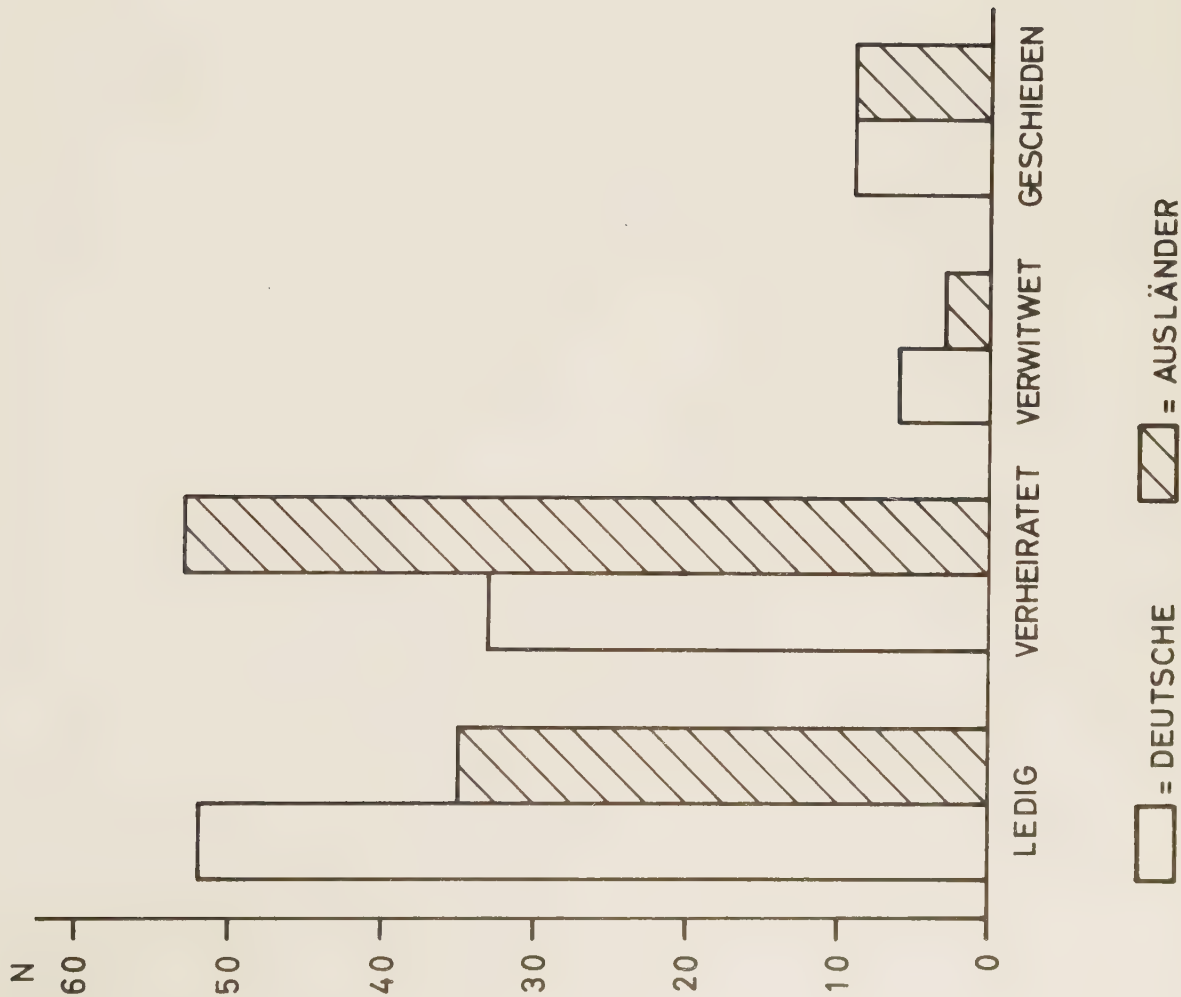
Die für beide Stichproben gültige Einteilung in die 4 Kategorien "Ledig", "Verheiratet", "Verwitwet" und "Geschieden" ist der Tabelle 4 zu entnehmen.

Nur in der Kategorie "Geschieden" findet sich mit jeweils 9 Patienten ein Gleichgewicht zwischen beiden Stichproben. Die stärkste Fraktion in der ausländischen Stichprobe bilden die 53 verheirateten Patienten, denen nur 33 verheiratete deutsche Patienten gegenüberstehen.

Insgesamt besitzt die unterschiedliche Verteilung in beiden Stichproben Signifikanzniveau.

Tabelle 4: Familienstand

TABELLE 4: FAMILIENSTAND (N = 100)



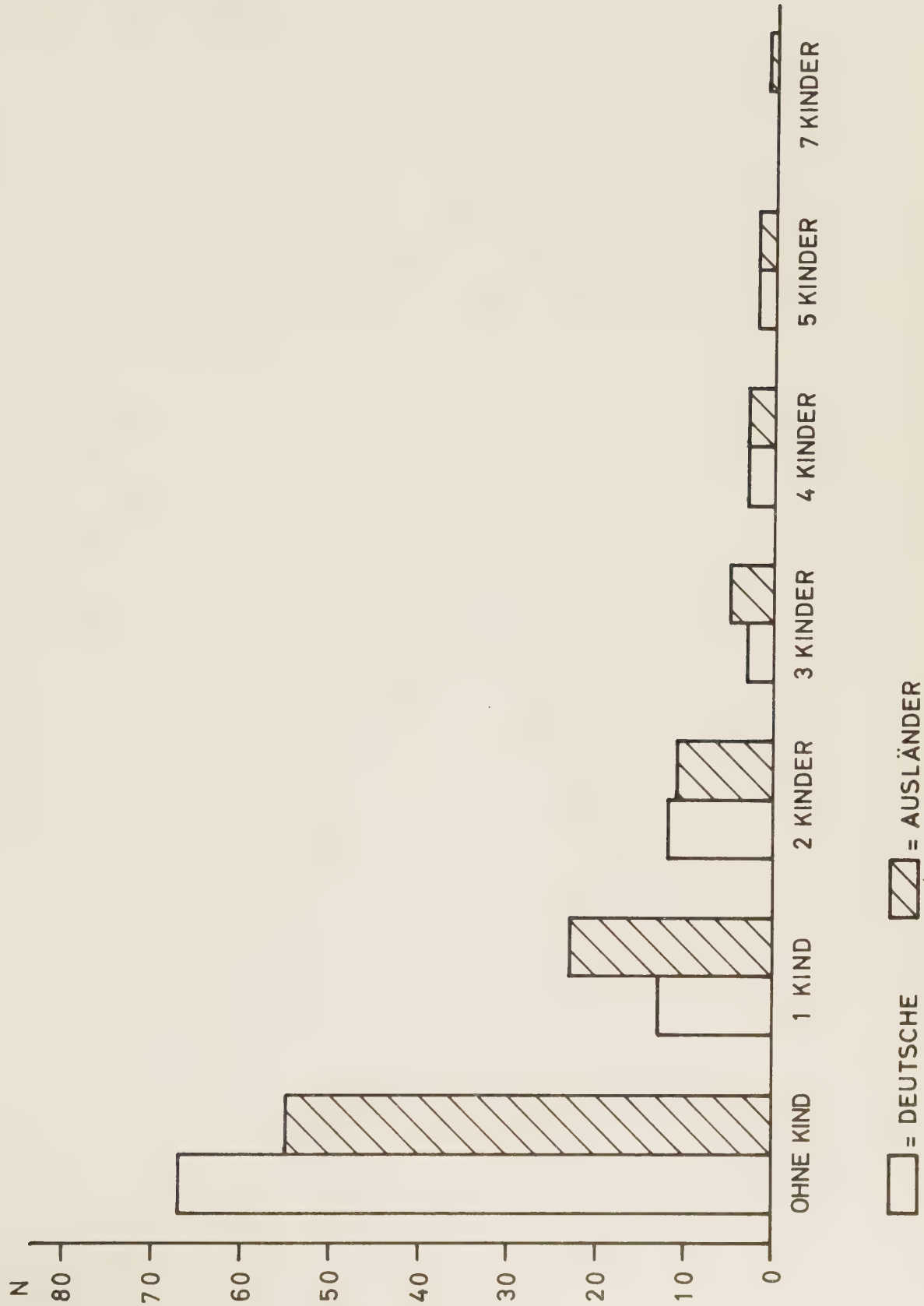
5. Anzahl der Kinder

Kinderlos sind 67 der deutschen und 55 der ausländischen Patienten. Jeweil 1 Kind haben 13 deutsche und 23 ausländische Patienten. Damit haben 80 % der deutschen und 78 % der ausländischen Patienten maximal 1 Kind. Im Bereich der größeren Familien mit 2 oder mehr Kindern findet sich eine weitgehende Annäherung beider Stichproben, wie auch aus Tabelle 5 zu ersehen ist.

Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben ist nicht gegeben.

Tabelle 5: Anzahl der Kinder

TABELLE 5: ANZAHL DER KINDER (N = 100)

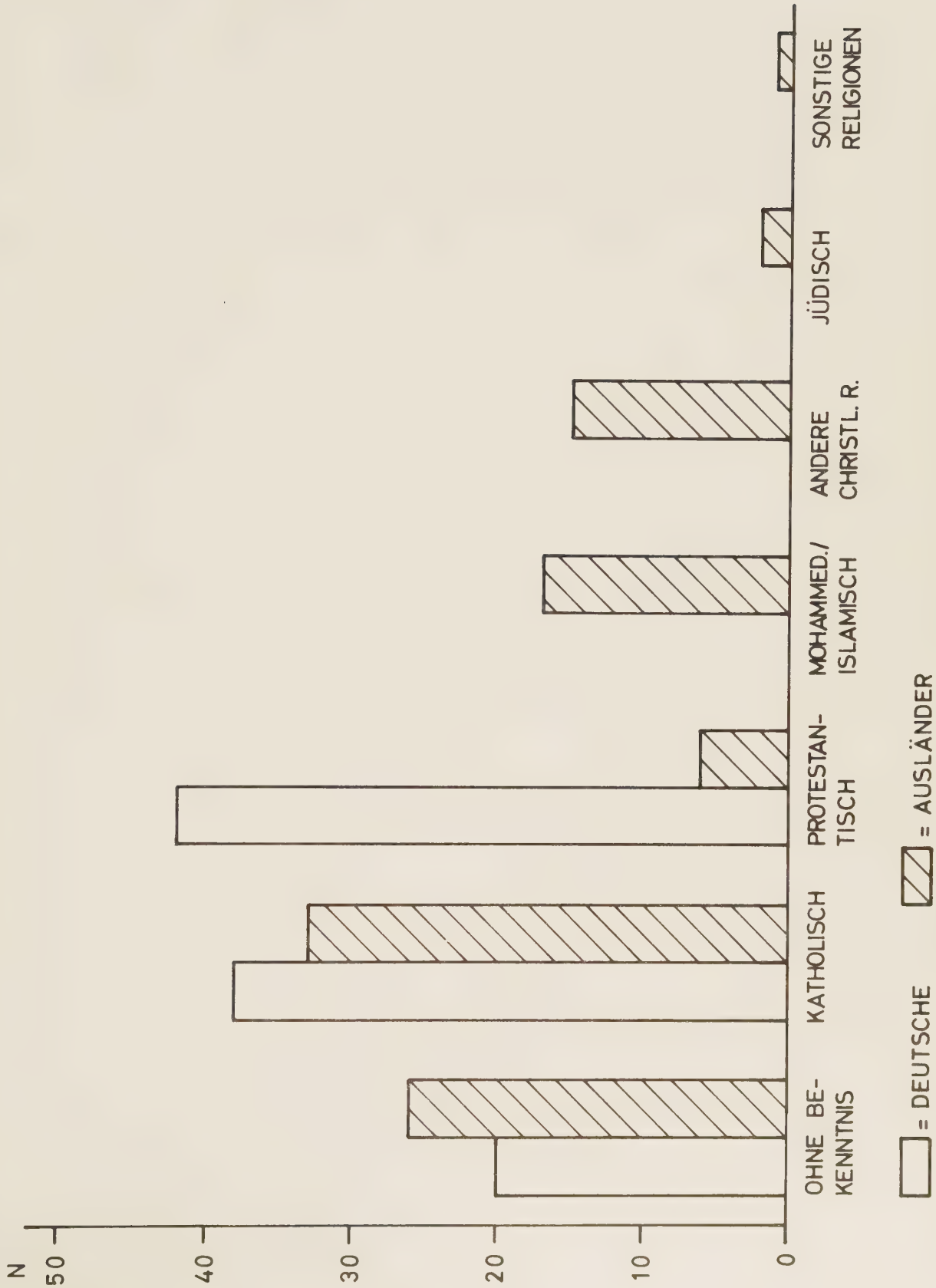


6. Religion

Ohne Bekenntnis sind 20 deutsche und 26 ausländische Patienten. Etwa gleich viele, nämlich 38 deutsche und 33 ausländische Patienten gehören der katholischen Kirche an, während den 42 deutschen Protestanten nur 6 in der ausländischen Stichprobe gegenüberstehen. Die übrigen 35 ausländischen Patienten gehören anderen christlichen Religionen an oder haben den jüdischen oder islamisch/mohammedanischen Glauben, wie der Tabelle 6 zu entnehmen ist. Der Unterschied zwischen beiden Stichproben erreicht hier ein signifikantes Niveau.

Tabelle 6: Religionszugehörigkeit

TABELLE 6: RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT (N = 100)

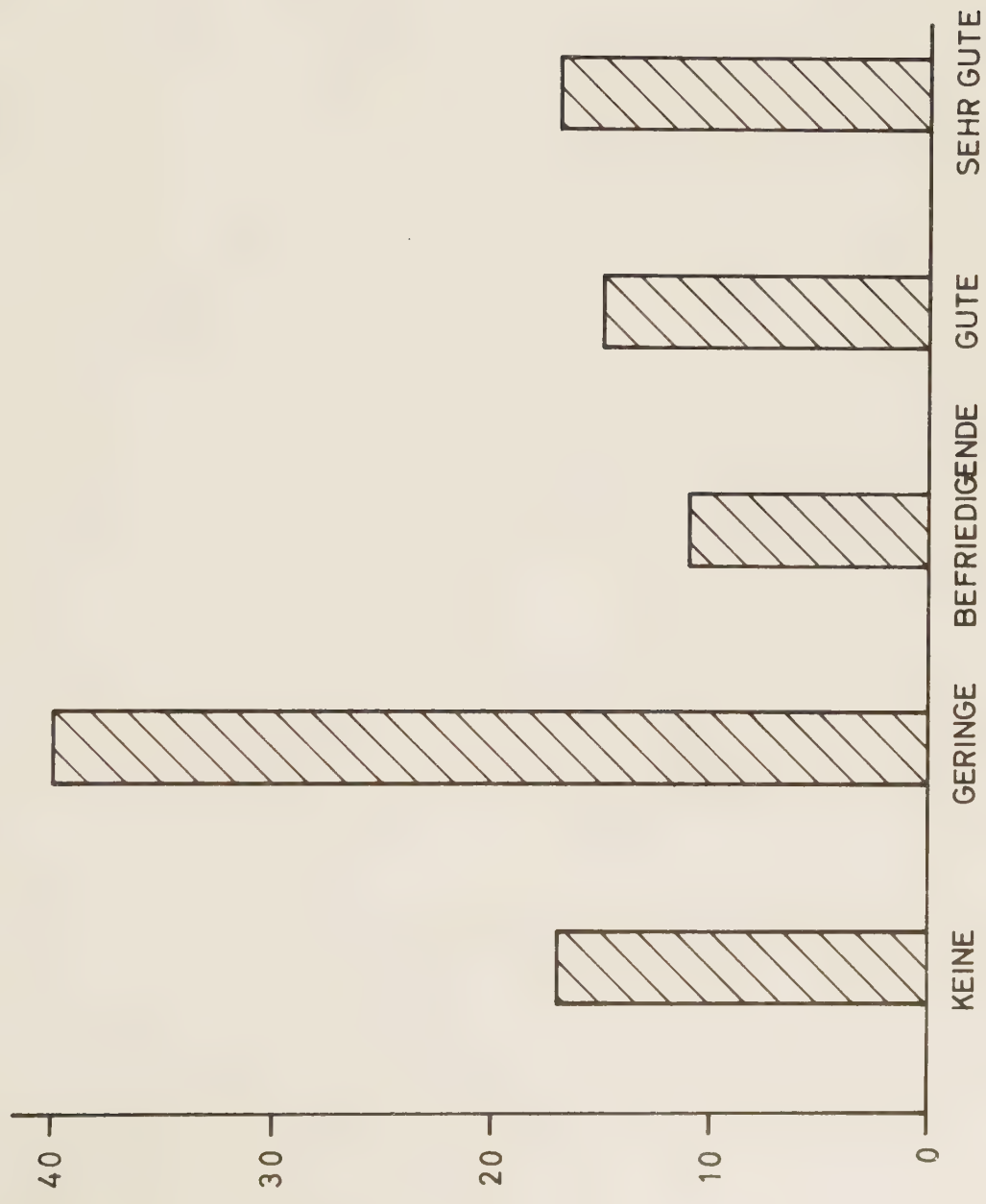


7. Sprachkenntnisse in der ausländischen Stichprobe

Von den 100 ausländischen Patienten verfügten 17 über keinerlei deutsche Sprachkenntnisse und weitere 40 über nur geringe. 43 konnten sich befriedigend, gut oder gar sehr gut der deutschen Sprache bedienen. Es war bei der Anamneseerhebung häufig erforderlich, einen Dolmetscher oder einen Landsmann mit besseren Sprachkenntnissen als der jeweils zu explorierende heranzuziehen. Siehe hierzu auch Tabelle 7.

Tabelle 7: Sprachkenntnis in der ausländischen Stichprobe

TABELLE 7: SPRACHKENNTNISSE IN DER AUSLÄNDISCHEN STICHPROBE (N = 100)

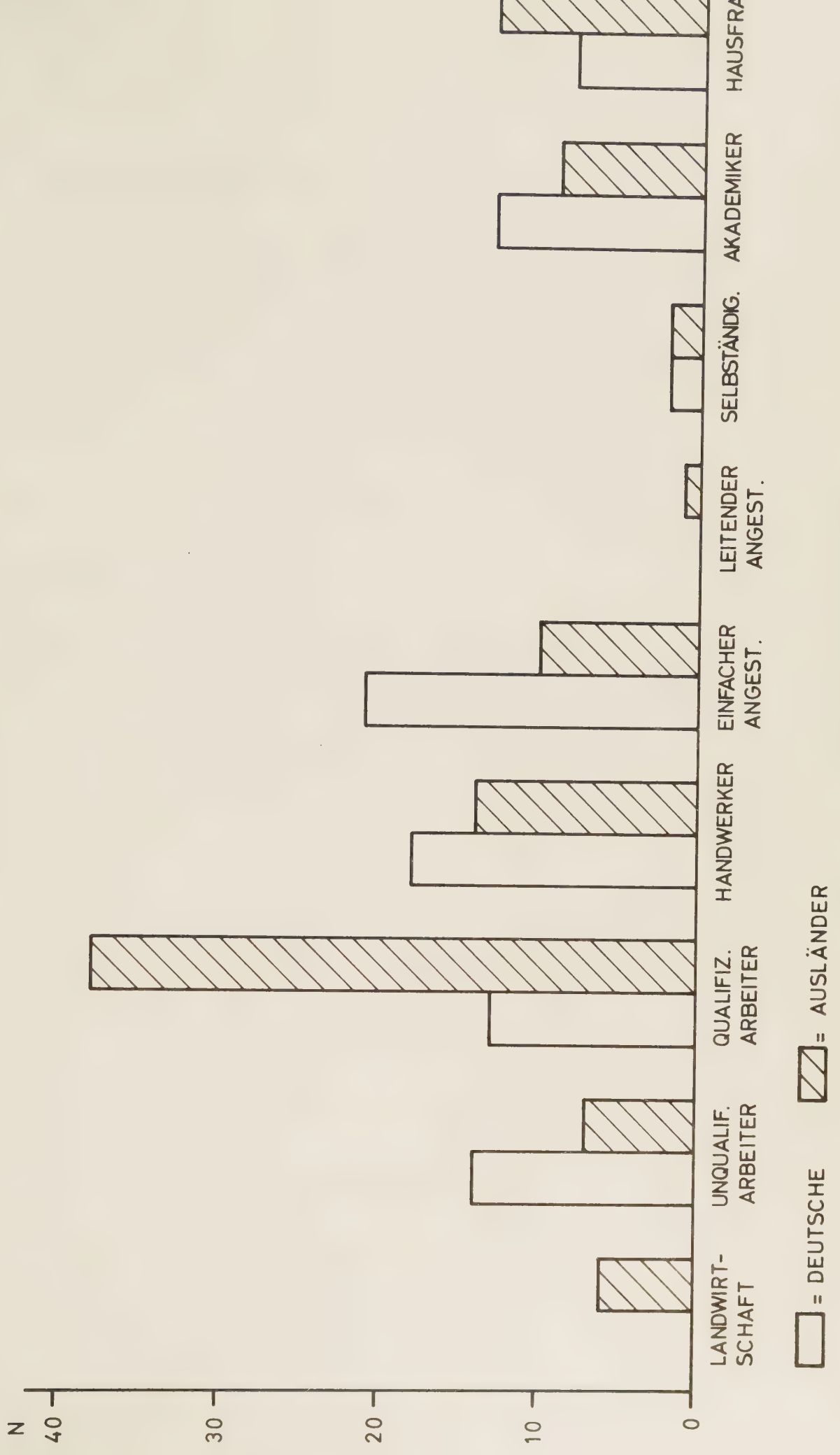


8. Berufliche Tätigkeit

Entsprechend der Absicht, in beiden Stichproben auch in sozialer Hinsicht vergleichbare Patienten zu gewinnen, spiegelt die Tabelle 8 für die deutschen wie für die ausländischen Patienten ähnliche Verhältnisse wieder: 66 deutsche und 75 ausländische Patienten sind Arbeiter, Handwerker oder einfache Angestellte. Dabei waren in der Landwirtschaft nur ausländische Patienten, 6 an der Zahl, beschäftigt; den 13 Akademikern in der deutschen Stichprobe stehen 9 in der ausländischen Stichprobe gegenüber.

Tabelle 8: Berufliche Tätigkeit

TABELLE 8: BERUFLICHE TÄTIGKEIT ($\square$ N = 89, $\square$ N = 100)



9. Erbliche Belastung

24 deutsche und 11 ausländische Patienten gaben an, daß vor ihnen schon einmal andere Familienmitglieder psychiatrische Erkrankungen erlebt hatten. Bei den übrigen Patienten war nicht genau zu ermitteln, ob erbliche Belastung de facto nicht gegeben oder anamnestisch nicht erwähnt worden war.

10. Frühere Behandlung

In der deutschen Stichprobe waren 53 Patienten zuvor schon in stationärer Behandlung gewesen. Demgegenüber gab es in der ausländischen Stichprobe nur 35 Patienten, deren derzeitige stationäre Behandlung eine Wiederaufnahme darstellte.

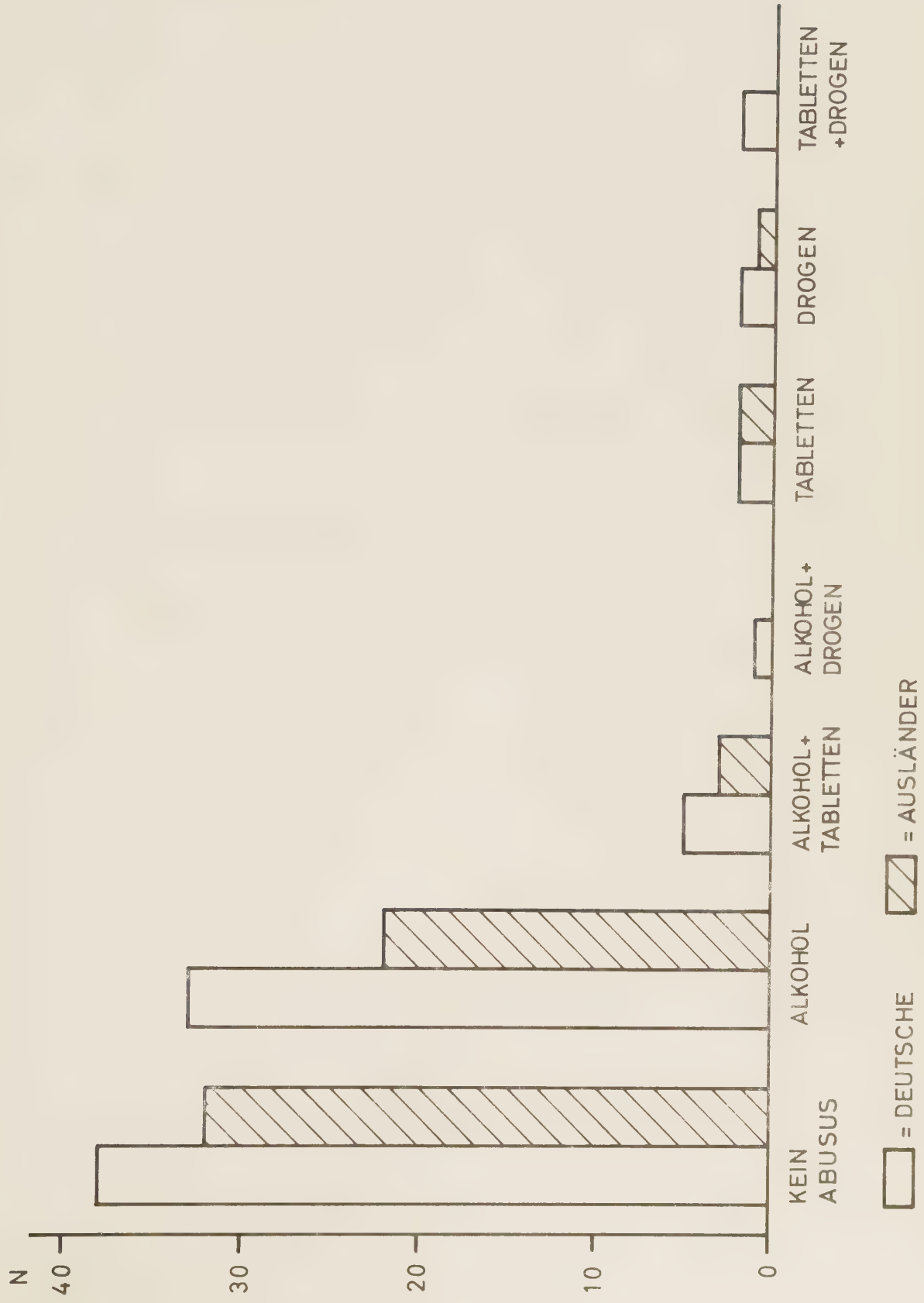
11. Abususverhalten

Angaben zum Abususverhalten konnten nur 83 deutschen Krankengeschichten und 60 Krankengeschichten ausländischer Patienten entnommen werden. Bei insgesamt 45 deutschen und 28 ausländischen Patienten war Abusus wenigstens eines Suchtmittels bekannt. Dabei hatte, wie auch aus Tabelle 9 hervorgeht, der Alkohol eine überragende Führungsrolle inne: 33 deutsche und 22 ausländische Patienten betrieben einfachen Alkoholabusus, weitere 6 deutsche und 3 ausländische Patienten nahmen exzessiv Alkohol in Kombination mit Tabletten oder Drogen zu sich.

Quantitativ weniger bedeutsam waren die einfachen oder kombinierten Formen von Tabletten- und Drogenabusus. Insgesamt waren die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben zu geringfügig, um Signifikanzniveau zu erreichen.

Tabelle 9: Abususverhalten

TABELLE 9: ABUSUSVERHALTEN (□ N = 83, ▨ N = 60)



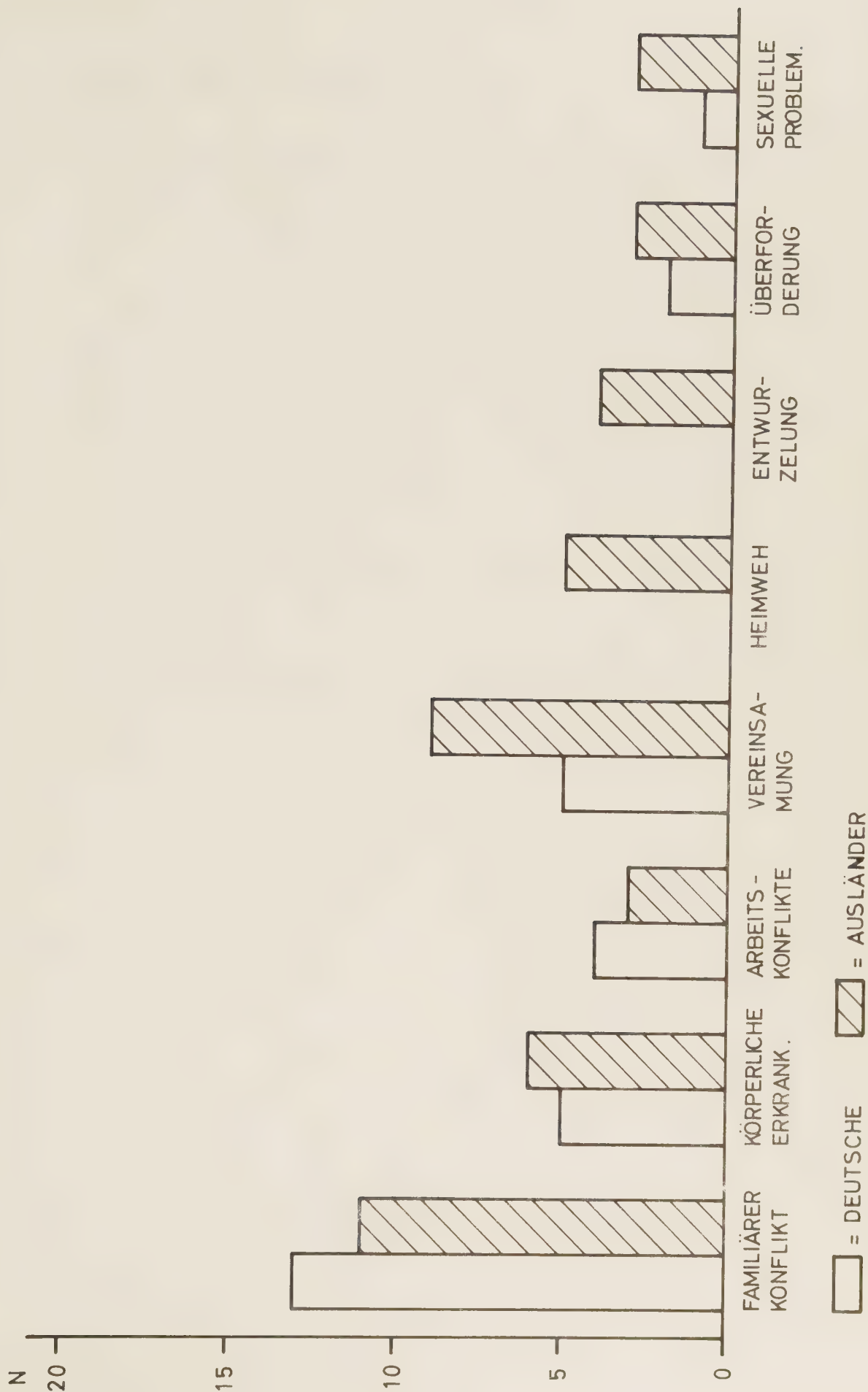
12. Reaktive Mitverursachung

30 deutsche und 44 ausländische Patienten gaben situative Momente als reaktive Mitverursachung ihrer Erkrankung an. Insgesamt wurden von den Patienten, wie auch aus Tabelle 10 hervorgeht, 8 verschiedene solcher Momente genannt, von denen nur 2 häufiger von deutschen als von ausländischen Patienten angeführt wurden, nämlich "Familiäre Konflikte" (13 zu 11) und "Arbeitskonflikte" (4 zu 3). In allen anderen Rubriken lagen die Patienten der ausländischen Stichprobe an der Spitze, nämlich bei der Nennung von "Körperliche Erkrankungen" (6 zu 5), "Heimweh" (5 zu 0), "Vereinsamung" (9 zu 5), "Entwurzelung" (4 zu 0), "Überforderung" (3 zu 2) und "Sexuelle Problematik" (3 zu 1).

Der Unterschied zwischen den beiden Stichproben erwies sich als signifikant.

Tabelle 10: Reaktive Mitverursachung

TABELLE 10: REAKTIVE MITVERURSACHUNG (□ N = 30, ▨ N = 44)



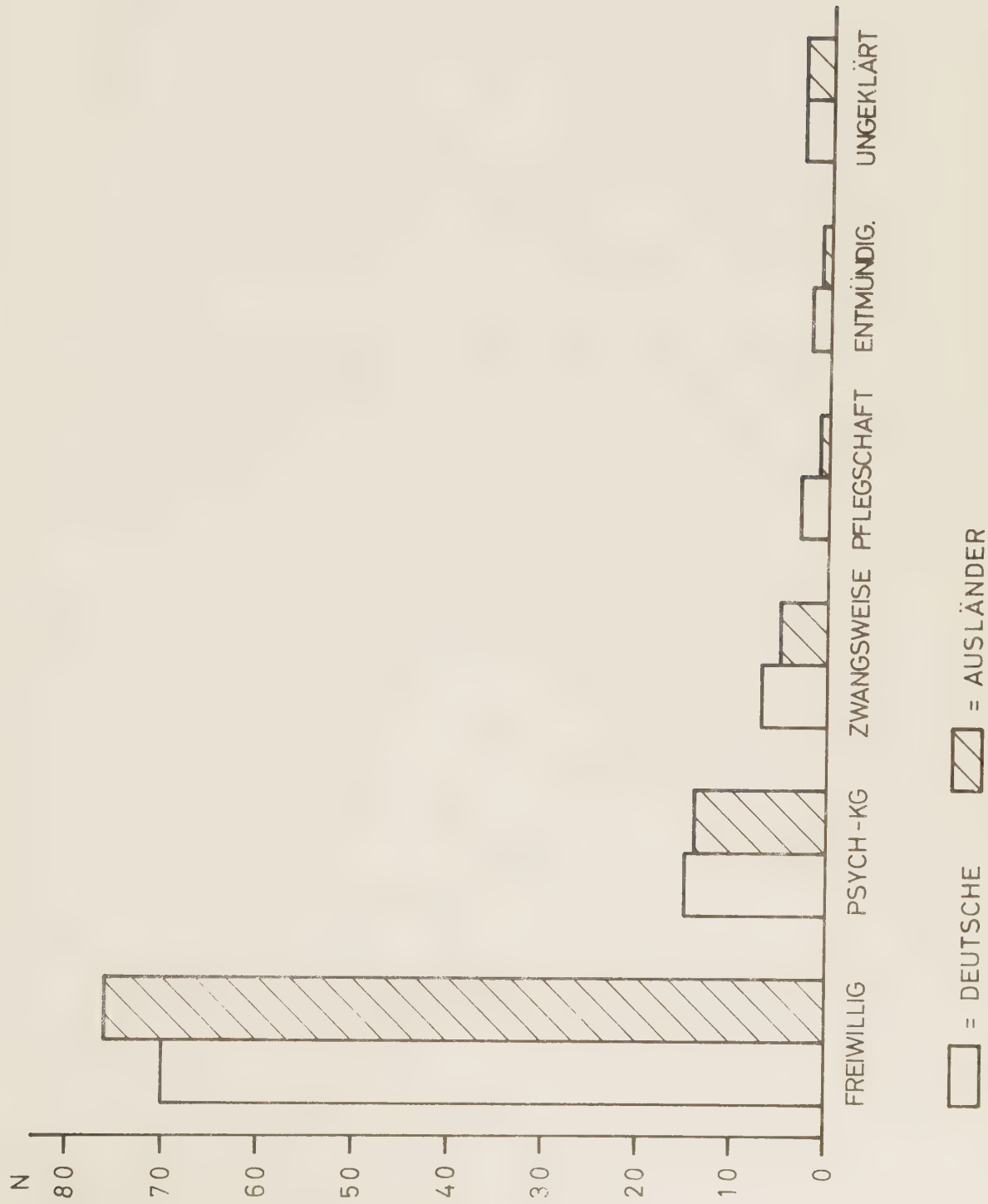
13. Art der Unterbringung

Wie auch aus Tabelle 11 hervorgeht, waren die zahlenmäßigen Verhältnisse in beiden Stichproben etwa gleich. 70 deutsche und 76 ausländische Patienten waren auf freiwilliger Basis in der Klinik stationär untergebracht. Etwa die Hälfte der übrigen Patienten, nämlich 15 der deutschen und 14 der ausländischen, waren nach dem Psych-KG untergebracht. An nächster Stelle waren die zwangsweise untergebrachten Patienten zu nennen, zu denen 7 der deutschen und 5 der ausländischen Stichprobe zählten. Verschwindend klein war der Anteil der Patienten, deren Unterbringung durch Pflegschaft (3 deutsche, 1 ausländischer Patient) oder Entmündigung (2 deutsche, 1 ausländischer Patient) geregelt war.

Die ermittelten Werte deckten keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Stichproben auf.

Tabelle 11: Art der Unterbringung

TABELLE 11: ART DER UNTERBRINGUNG (N = 100)



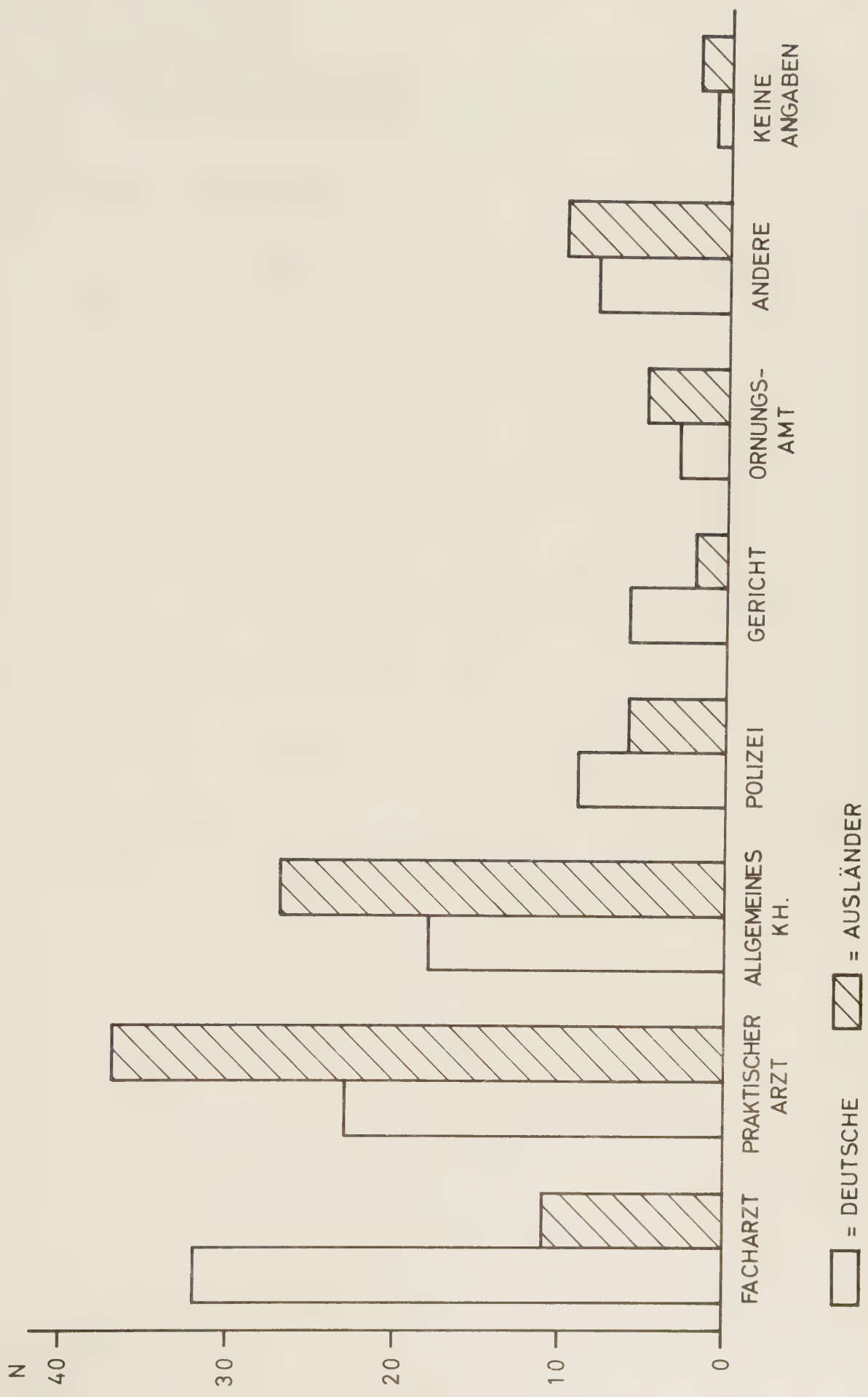
14. Einweisender

Fast das Dreifache beträgt die Zahl der deutschen vom Facharzt eingewiesenen Patienten im Vergleich zur ausländischen Stichprobe (32 zu 11). Dagegen übertreffen die vom praktischen Arzt eingewiesenen ausländischen Patienten zahlenmäßig bei einem Verhältnis von 37 zu 23 die Patienten der deutschen Stichprobe. Auch bei den Einweisungen durch Allgemeine Krankenhäuser überwiegen die ausländischen Patienten mit 27 zu 18. Mehr deutsche Patienten wurden von der Polizei (9 zu 6) und vom Gericht (6 zu 2) eingewiesen, mehr ausländische Patienten dagegen wurden der Klinik vom Ordnungsamt (5 zu 3) oder anderen Institutionen oder Privatpersonen zugeführt (10 zu 8).

Bei 1 deutschen und 2 ausländischen Patienten war den Krankengeschichten nicht zu entnehmen, wer Einweisender war. Die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben, die auch aus Tabelle 12 hervorgehen, wiesen ein hohes Signifikanzniveau auf.

Tabelle 12: Einweisender

TABELLE 12: EINWEISENDER (N = 100)



15. Diagnose des Einweisenden 16. Diagnose bei Aufnahme
und deren Konkordanz

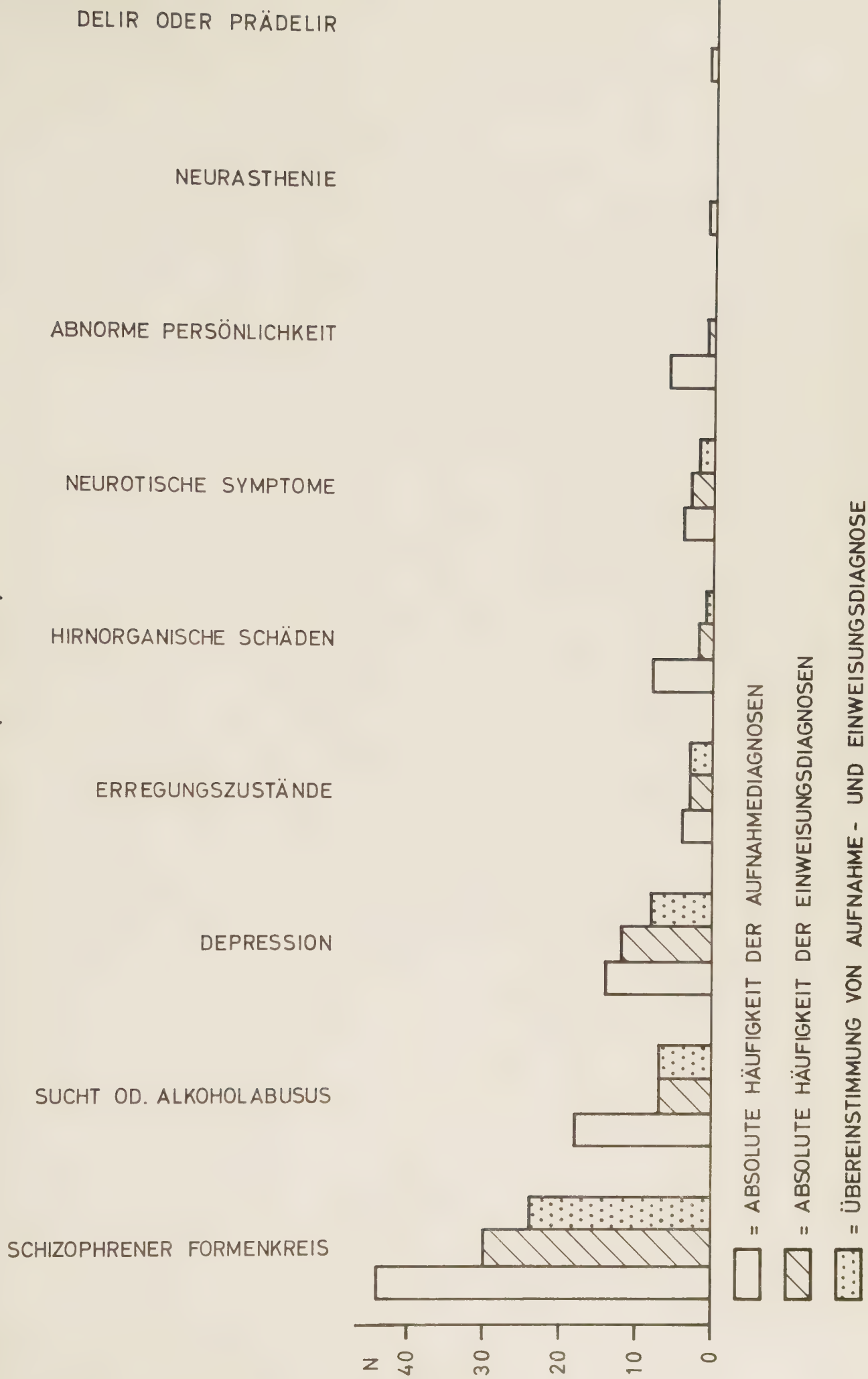
A - Deutsche Stichprobe

In 58 von 100 Fällen stellte der Einweisende eine Diagnose. Diese stimmte in 45 Fällen mit der Aufnahmediagnose des Klinikarztes überein. Setzt man die 58 der von den Einweisenden gestellten Diagnosen als 100 %, so ergibt sich eine Konkordanz von Aufnahme- und Einweisungsdiagnose in 78 % der Fälle. Darüber hinaus gibt Tabelle 13 Aufschluß über die Konkordanz innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen. Bei der Betrachtung sei es gestattet, die Aufnahmediagnosen als zutreffend zu werten, was im Hinblick auf die später noch zu erwähnende große Konkordanz von Aufnahme- und Entlassungsdiagnose zu keiner nennenswerten Verfälschung führt.

Die größte Konkordanz wurde bei den Diagnosen "Schizophrener Formenkreis" und "Depression" erzielt, während die geringste Übereinstimmung bei den Diagnosen "Hirnorganische Schäden" und "Abnorme Persönlichkeit" ermittelt wurden.

Tabelle 13: A - Deutsche Stichprobe

TABELLE 13: A - DEUTSCHE STICHPROBE (N = 100)



B - Ausländische Stichprobe

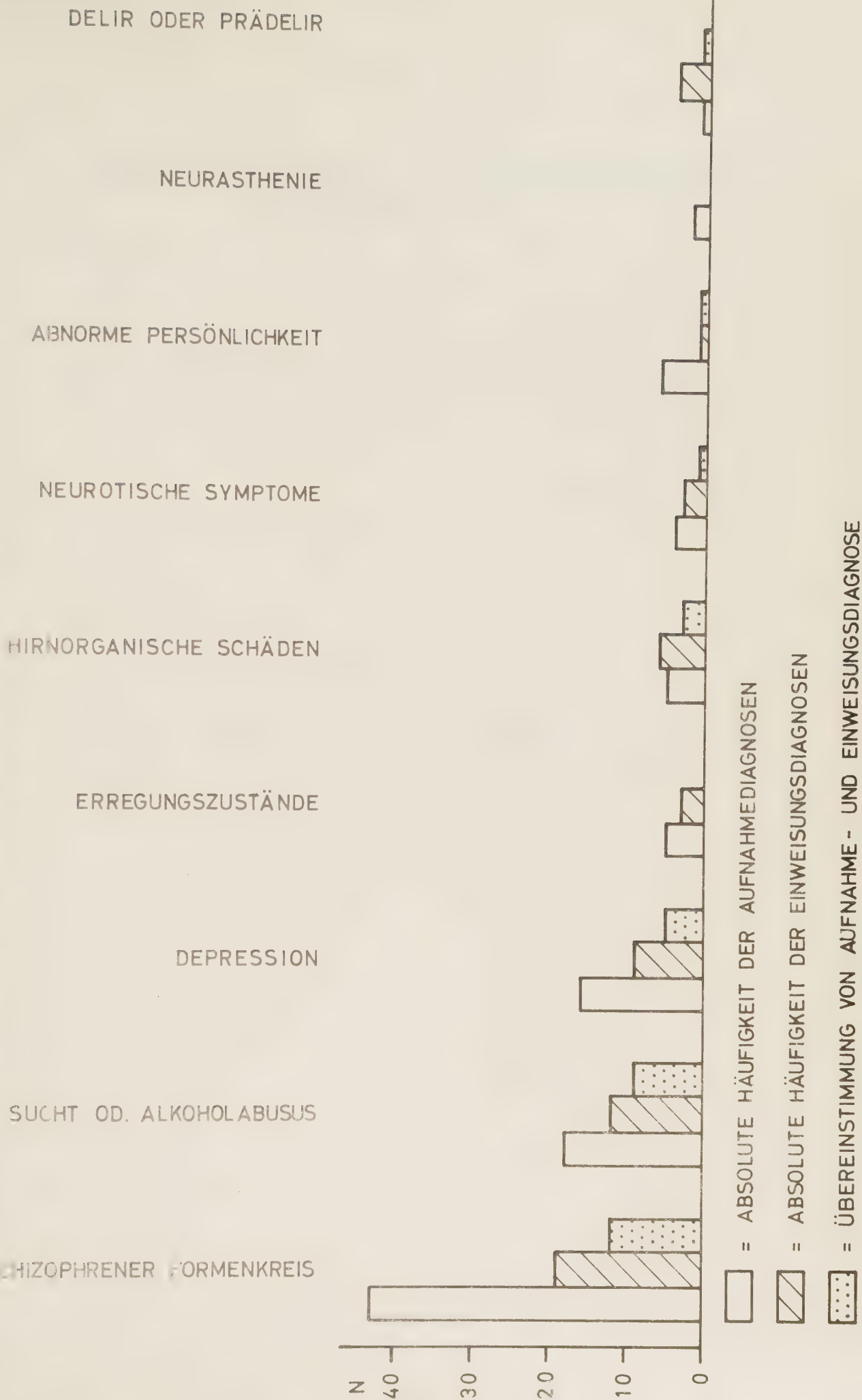
Hier stellte der Einweisende in 57 von 100 Fällen eine Diagnose, die in 32 Fällen mit der Aufnahme-diagnose des Klinikarztes übereinstimmte. Setzt man die 57 der von den Einweisenden gestellten Diagnosen als 100 %, so stimmten 56 % der Einweisungsdiagnosen mit den Aufnahmediagnosen überein. Das bedeutet gegenüber der deutschen Stichprobe eine Differenz von 13 richtigen Einweisungsdiagnosen.

In keiner der einzelnen Diagnosegruppen wurde eine ähnlich hohe Konkordanz erreicht wie in der deutschen Stichprobe. Die Tabelle 14 zeigt, daß eine Ausnahme lediglich die Gruppe derjenigen Patienten bildet, bei denen "Abusus" diagnostiziert wurde. 9 der 18 vom Aufnahmearzt als Abusus-Patienten beurteilten Eingewiesenen wurden auch vom Einweisenden als solche erkannt, was einer 50 %-Übereinstimmung entspricht. Dagegen wurden nur 27,9 % der Schizophrenen und 31,3 % der Depressionen von den Einweisenden erkannt (Zum Vergleich deutsche Stichprobe: 54,5 % bzw. 57,1 %).

Der Unterschied zwischen der 78 %-Konkordanz der deutschen und der 56 %-Konkordanz der ausländischen Stichprobe ist signifikant.

Tabelle 14: B - Ausländische Stichprobe

TABELLE 14: B - AUSLÄNDISCHE STICHPROBE (N = 100)



16. Diagnose bei Aufnahme 17. Diagnose bei Entlassung
und deren Konkordanz

A - Deutsche Stichprobe

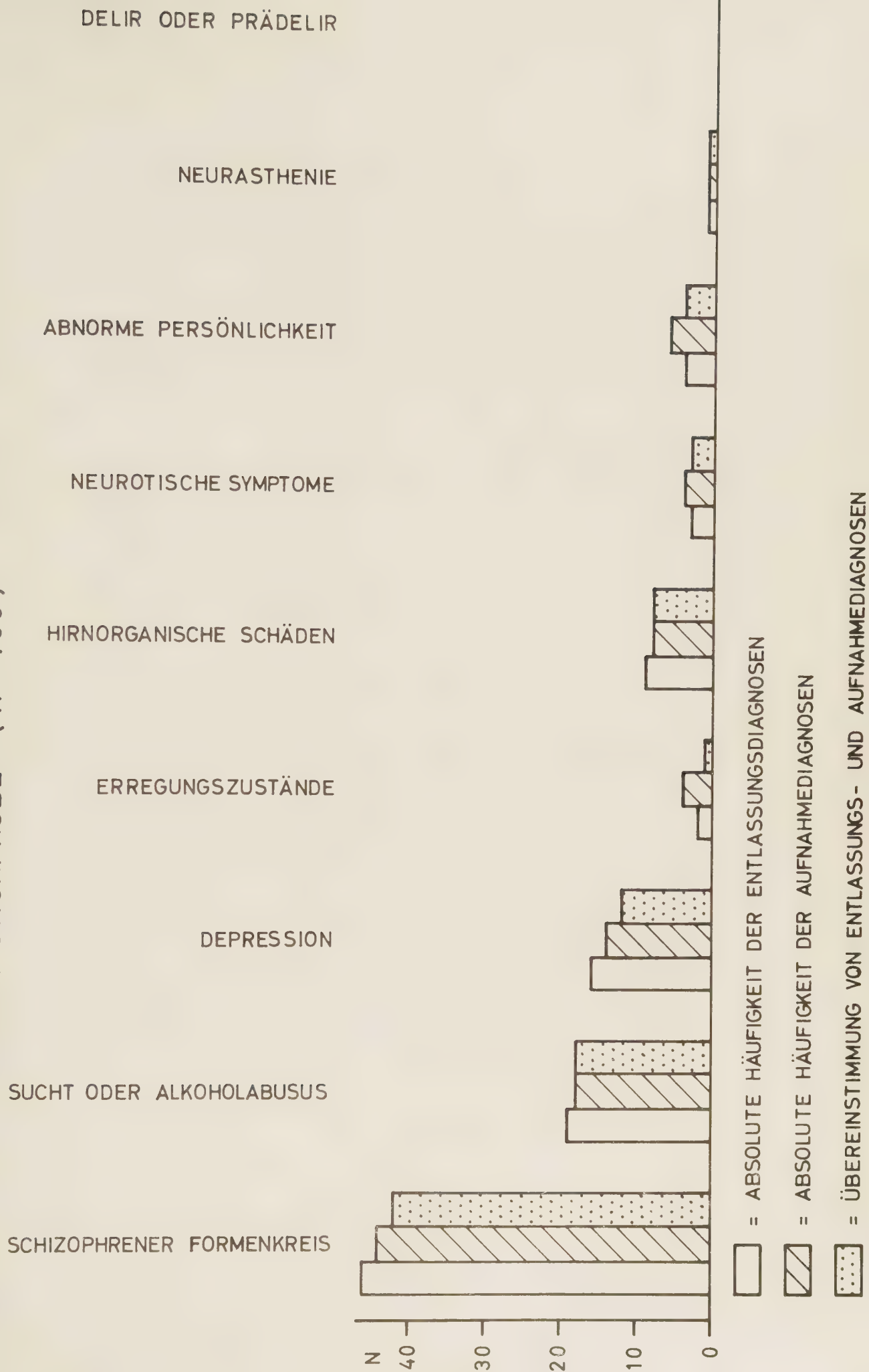
In 89 von 100 Fällen stimmte die Aufnahmediagnose mit der Entlassungsdiagnose überein. Wie auch aus Tabelle 15 ersichtlich, verteilen sich die restlichen 11 Diagnosen wie folgt:

	Entlassungsdiagnosen
Schizophrener Formenkreis:	+4
Abusus:	+1
Depression:	+4
Erregungszustände:	+1
Hirnorganische Schäden:	+1

Es ist in Tabelle 15 keine Diagnosegruppe zu erkennen, die vom Aufnahmearzt gehäuft falsch-positiv angegeben worden wäre.

Tabelle 15: A - Deutsche Stichprobe

TABELLE 15: A - DEUTSCHE STICHPROBE (N = 100)



B - Ausländische Stichprobe

In der ausländischen Stichprobe ist die Konkordanz von Aufnahme- und Einweisungsdiagnosen nur unwesentlich geringer als in der deutschen Stichprobe: Die beiden Diagnosen stimmen in 86 von 100 Fällen überein. Die abweichenden 14 Diagnosen verteilen sich wie folgt:

	Entlassungsdiagnosen
Schizophrener Formenkreis:	+2
Abusus:	+1
Depression:	+7
Neurotische Symptome:	+1
Abnorme Persönlichkeit:	+3

Siehe hierzu auch Tabelle 16.

Von den 23 Patienten, die bei ihrer Entlassung die Diagnose "Depression" hatten, wurden nur 16 auch unter dieser Diagnose aufgenommen.

Von den übrigen 7 Patienten wurden allein 4 als "schizophren" aufgenommen. Ansonsten findet sich auch in der ausländischen Stichprobe keine Häufung falsch-positiver Diagnosen bei der Aufnahme.

Für die Konkordanz zwischen Aufnahme- und Entlassungsdiagnose in den beiden Stichproben ergibt sich keine signifikante Differenz.

Tabelle 16: Ausländische Stichprobe - B

TABELLE 16: B - AUSLÄNDISCHE STICHPROBE (N = 100)

SCHIZOPHRENER FORMENKREIS

SUCHT ODER ALKOHOLABUSUS

DEPRESSION

ERREGUNGSZUSTÄNDE

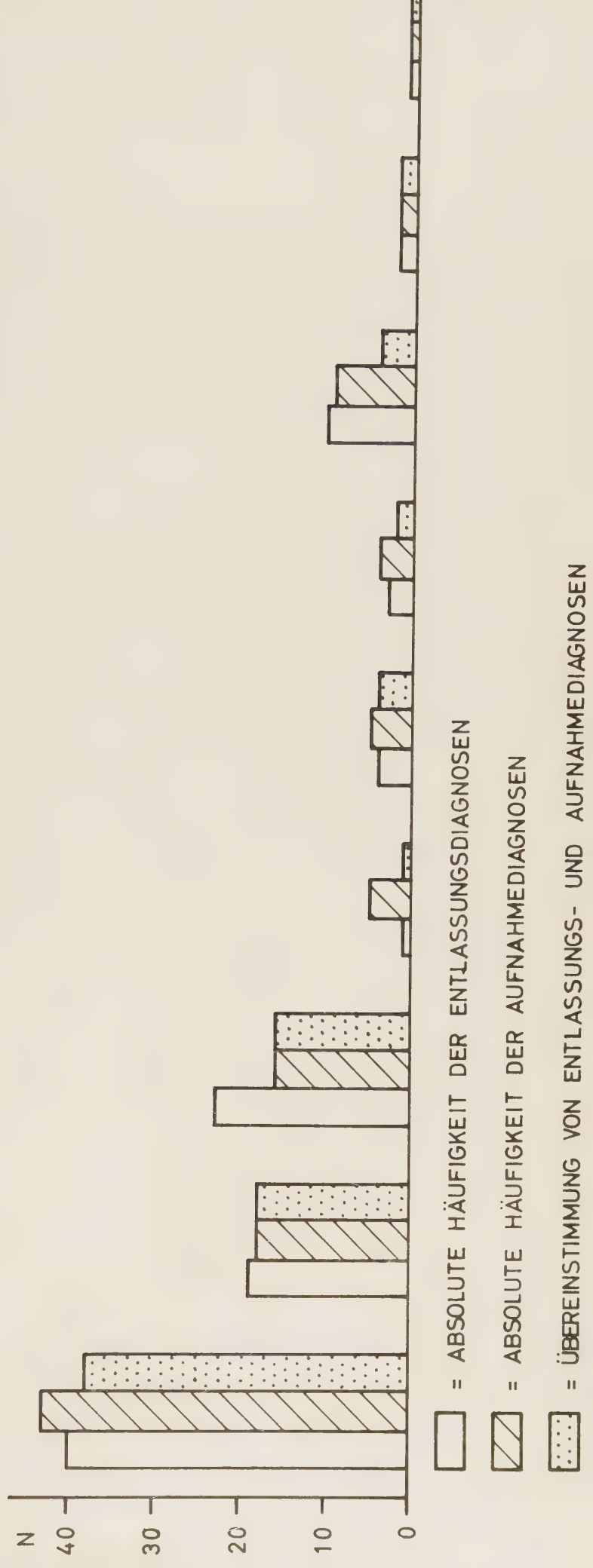
HIRNORGANISCHE SCHÄDEN

NEUROTISCHE SYMPTOME

ABNORME PERSÖNLICHKEIT

NEURASTHENIE

DELIR ODER PRÄDELIR



18. Behandlung

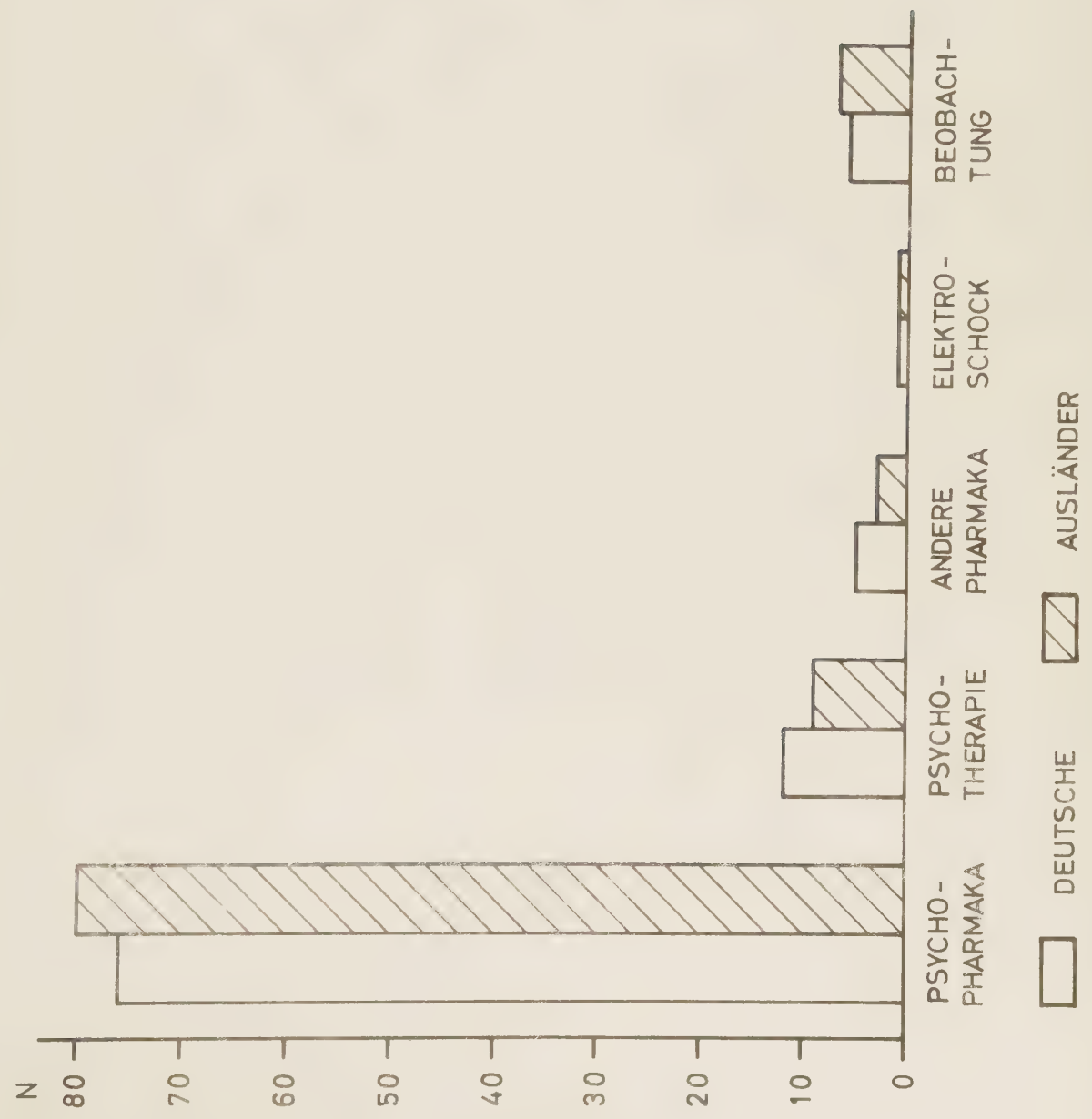
Da viele Patienten mehrgleisig therapiert wurden, konnte hier nur der Behandlungsschwerpunkt berücksichtigt werden. Tabelle 17 zeigt die Verteilung der beiden Stichproben auf 4 verschiedene Therapie-schwerpunkte. 6 deutsche und 7 ausländische Patienten wurden in der Klinik nicht behandelt, sondern nur vorübergehend beobachtet.

Den größten Anteil hatte in beiden Stichproben die Behandlung mit Psychopharmaka inne. 76 deutsche und 80 ausländische Patienten wurden hauptsächlich mit Psychopharmaka therapiert. Ähnlich ausgeglichen war das Verhältnis in den anderen Rubriken, von denen an nächster Stelle die Behandlung durch Psychotherapie zu nennen ist. Hier stehen 12 deutschen Patienten 9 ausländische gegenüber. 5 deutsche und 3 ausländische Patienten erfuhren eine Behandlung mit Pharmaka, deren Wirkart nicht oder nicht primär im ZNS zu suchen ist (Digitalis usw.).

Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben konnte nicht ermittelt werden.

Tabelle 17: Behandlung

TABELLE 17: BEHANDLUNG (N = 100)



19. Weiterbehandlung nach Entlassung

Tabelle 18 nennt die Zahlen der deutschen und ausländischen Patienten, die vom Facharzt, der Klinikambulanz und dem Praktischen Arzt weiterbehandelt wurden. Ähnlich wie schon für Tabelle 12 berechnet, welche die Rolle der genannten Instanzen bei der Einweisung widerspiegelt, ergibt sich auch für die Tabelle 18 ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben.

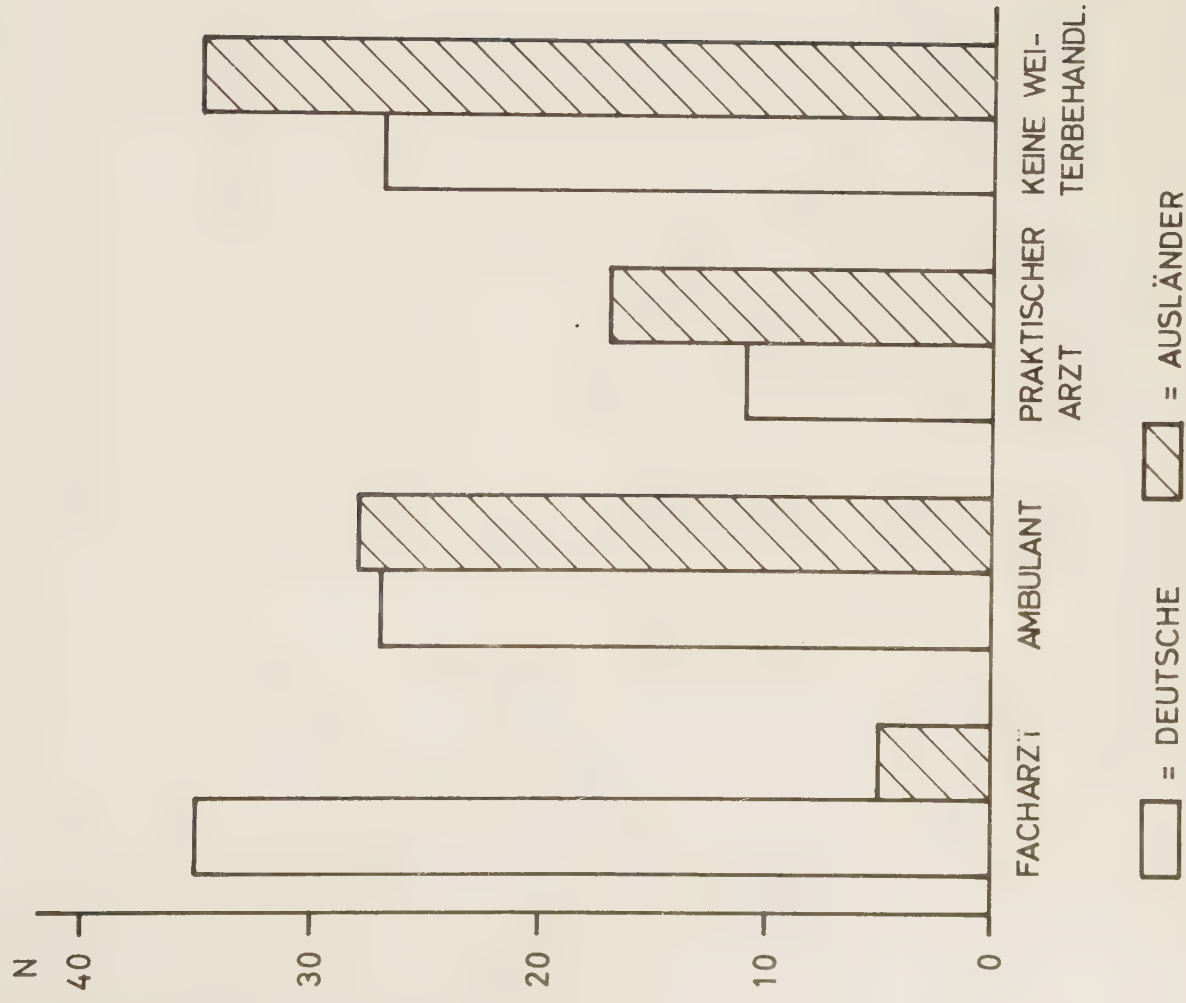
In fachärztliche Weiterbehandlung entlassen wurden 35 deutsche und 5 ausländische Patienten. 15 ausländische Patienten wurden, teils auf eigenen Wunsch, teils nach ärztlichem Rat, zur Weiterbehandlung in die Heimat entlassen. Selbst wenn man voraussetzen könnte, daß diese 15 in der Heimat durch einen Facharzt weiterbehandelt wurden, so verbleibt immer noch ein deutliches Ungleichgewicht zwischen den beiden Stichproben.

Ausgeglichen in beiden Stichproben war die Anzahl der ambulant weiterbehandelten Patienten (27 deutsche, 28 ausländische Patienten). Bei der Weiterbehandlung durch den Praktischen Arzt überwogen die ausländischen Patienten (17 ausländische Patienten, 11 deutsche).

Bei 27 deutschen und 35 ausländischen Patienten erfolgte entweder keine Weiterbehandlung, oder es war den Akten über eine etwaige Weiterbehandlung nichts zu entnehmen.

Tabelle 18: Weiterbehandlung nach Entlassung

TABELLE 18: WEITERBEHANDLUNG NACH ENTLASSUNG ( N = 100,  N = 85)



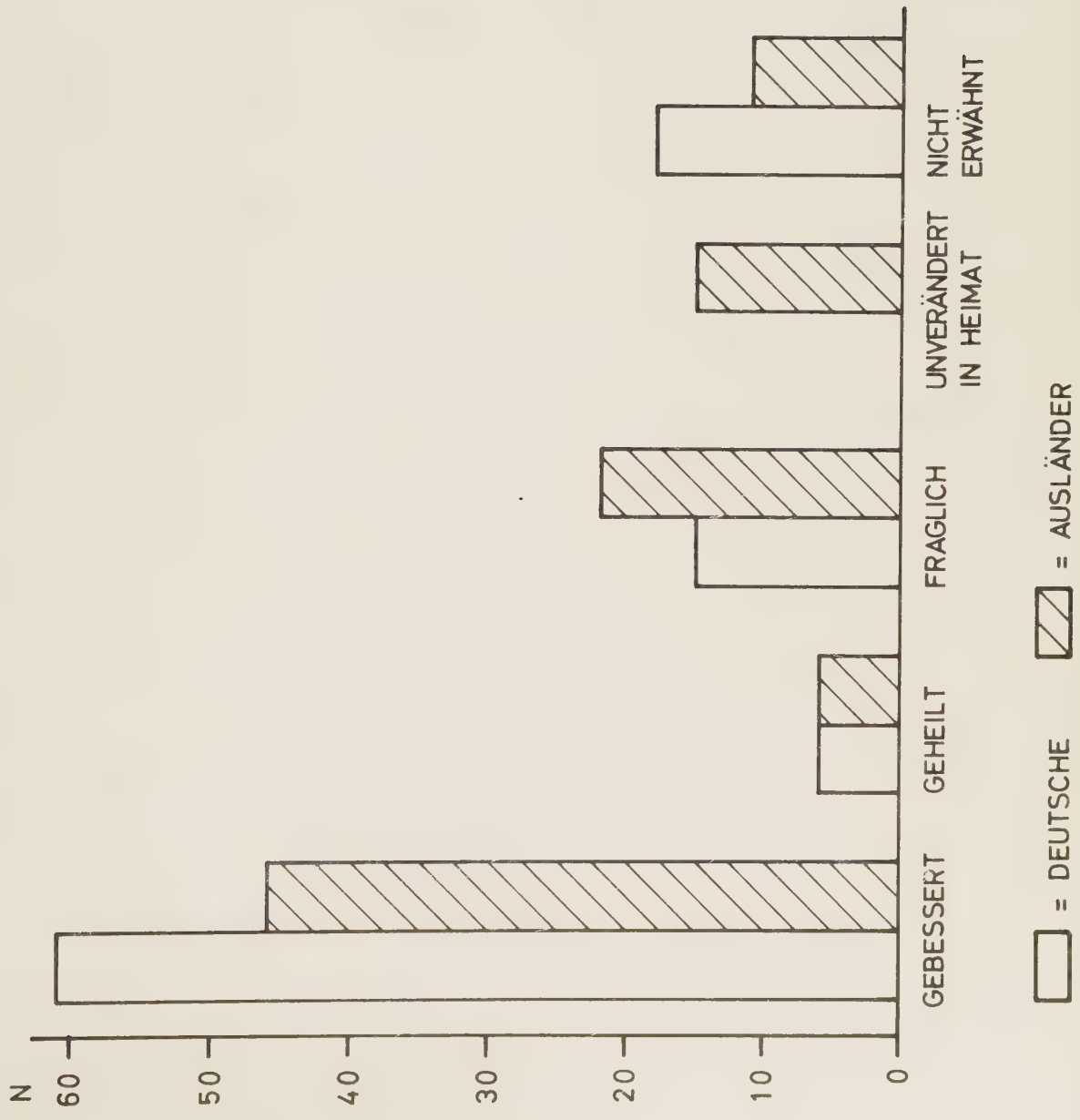
20. Zustand bei Entlassung

Tabelle 19 zeigt die Verteilung der Patienten beider Stichproben in die Kategorien "Gebessert", "Geheilt", "Fraglich". 15 ausländische Patienten wurden nach einer bestimmten stationären Aufenthaltsdauer in unverändertem Zustand zur Weiterbehandlung in die Heimat entlassen. Von 18 deutschen und 11 ausländischen Patienten war der Zustand bei ihrer Entlassung aus den Akten nicht zu erfahren.

Die Differenz zwischen den beiden Stichproben ist signifikant. Mehr deutsche Patienten (61 gegenüber 46) wurden "Gebessert" entlassen, bei mehr ausländischen Patienten (22 gegenüber 15) war der Zustand bei der Entlassung "Fraglich". Die Anzahl der als "Geheilt" entlassenen Patienten betrug in beiden Stichproben 6.

Tabelle 19: Zustand bei Entlassung

TABELLE 19: ZUSTAND BEI ENTLASSUNG (N = 100)



Diskussion

Entsprechend der Absicht, zwei Stichproben zu wählen, deren Mitglieder hinsichtlich Geschlecht, Alter, des sozialen Status und der Aufnahmediagnose vergleichbar sein sollten, ergab sich für die genannten Kriterien annähernd Deckungsgleichheit in den zwei Stichproben.

Die Auswertung der ursprünglich 27 Items, von denen, wie bereits erwähnt, 7 wegen mangelnder Angaben nicht weiter bearbeitet werden konnten, sollte Aufschluß über die Frage geben, ob auch bei Vorliegen bestimmter gleicher Voraussetzungen (Geschlecht, Alter, sozialer Status, Diagnose des aufnehmenden Arztes) bei allen 200 Patienten, gleich welcher Nationalität, Unterschiede zwischen den beiden Stichproben zu beobachten waren. Des weiteren wollten wir ermitteln, ob etwaige Unterschiede Signifikanzniveau auf der 5 %-Ebene (Irrtumswahrscheinlichkeit $\leq 5\%$) aufweisen, d.h., ob sie mit überzufälliger Häufigkeit auftraten.

Besonderes Augenmerk richteten wir auf die Konkordanz zwischen der Diagnose des einweisenden und des aufnehmenden Arztes (Tabelle 13 und 14). Der Unterschied zwischen der 78 %-Konkordanz der ausländischen Stichprobe erwies sich als signifikant. Als Erklärung hierfür bietet sich das ebenfalls signifikant unterschiedliche Verteilungsmuster der "Einweisenden" in den beiden Stichproben (Tabelle 12) an. Die weitaus häufigere Einweisung deutscher Patienten vom Facharzt (32 zu 11) legt die Vermutung nahe, daß innerhalb des Einzugsgebietes der Klinik die vorklinische Versorgung der deutschen Patienten in den kompetenteren Händen liegt als die der ausländischen Patienten. Hingegen kann die Sprachbarriere für die unterschiedliche Verteilung kaum verantwortlich gemacht werden: Allein 11 der insgesamt 17 ausländischen Patienten, die über "sehr gute" deutsche Sprachkenntnisse verfügten, wurden vom Hausarzt eingewiesen, während von den 41 Patienten, die vom Facharzt eingewiesen wurden, nur 1 über "sehr gute", 7 Patienten dagegen

"keine" oder nur "geringe" Sprachkenntnisse aufwiesen.

Als in beiden Stichproben annähernd gleich hoch und damit nur geringfügig unterschiedlich erwies sich die Konkordanz zwischen Aufnahme- und Entlassungsdiagnose in beiden Stichproben. Übereinstimmung ergab sich in 89 % der deutschen und in 86 % der ausländischen Stichprobe. Als Erklärung für die Präzision, mit der vorläufige und endgültige Diagnosen in beiden Patientengruppen in nahezu gleichem Maße erarbeitet wurden, mag die Tatsache dienen, daß am Zustandekommen dieser Diagnosen ausschließlich psychiatrische Fachärzte oder angehende Psychiater beteiligt waren. Diesem guten Ergebnis förderlich war auch sicher der tägliche Kontakt zwischen Arzt und Patient und die Summe der Erfahrungen, die die Klinikpsychiater in den letzten Jahren im Umgang mit ausländischen Patienten sammeln konnten.

Entsprechend der unterschiedlichen Verteilung der Einweisenden waren auch die Verhältnisse bei der Weiterbehandlung nach der Entlassung aus der Klinik. 35 deutsche und nur 5 ausländische Patienten wurden in fachärztliche Weiterbehandlung entlassen (Tabelle 18). Selbst wenn man annimmt, daß die 15 zur Weiterbehandlung in die Heimat entlassenen Patienten dort von einem Facharzt weiterbehandelt wurden, so verbleibt ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben. Ausgeglichen war demgegenüber der Anteil derjenigen Patienten, die nach ihrer Entlassung durch die Klinikambulanz weiterbehandelt wurden.

Als signifikant unterschiedlich erwies sich auch die Rolle der "reaktiven Mitverursachung" in den beiden Stichproben sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Die häufigere Betroffenheit der ausländischen Patienten (44 zu 30) beruht weitgehend auf einer häufigeren Nennung von Vereinsamung, Heimweh, sexueller Problematik und Entwurzelung (Tabelle 10). Dieses Ergebnis kann nicht überraschen, wird doch in zahlreichen Publikationen auf die Bedeutung der genannten Faktoren bei der Entstehung seelischer Krankheiten hingewiesen. Dabei scheint insbesondere die Ver-

einsamung in hohem Maße mit sprachlichen Schwierigkeiten zu korrelieren, was bei 7 von insgesamt 9 Patienten nachgewiesen werden konnte. Bei den 3 ausländischen Patienten, die sich mit sexueller Problematik konfrontiert sahen, handelte es sich um Männer, deren Ehefrauen in der Heimat geblieben waren und die nach ihrer eigenen Aussage in Deutschland keinerlei sexuelle Kontakte aufgenommen hatten. Unter den Patienten, die keine reaktive Mitverursachung angaben, sind in beiden Stichproben diejenigen mit der Entlassungsdiagnose "Schizophrener Formenkreis" am stärksten vertreten. An zweiter Stelle stehen, ebenfalls in beiden Stichproben, die an Sucht oder Alkoholabusus erkrankten Patienten. Umgekehrt war es schwierig, Diagnosen zu finden, die besonders häufig mit einer bestimmten "reaktiven Mitverursachung" korrelierten. In der ausländischen Stichprobe entfielen 4 der insgesamt 5 Patienten, die angaben, an Heimweh zu leiden, auf die Diagnosegruppe "Depression". Ansonsten ließen sich in beiden Stichproben keine nennenswerten Korrelationen nachweisen.

Es stellte sich heraus, daß nur 3 ausländische Patienten gegenüber 4 deutschen Konflikte am Arbeitsplatz als "reaktive Mitverursachung" angaben. Sprachliche Schwierigkeiten scheinen am Arbeitsplatz durch dolmetschende Kollegen ausgeräumt zu werden, was Diarra (9) schon unter afrikanischen Arbeitern in Frankreich beobachtet hat. Es ist allerdings zu überlegen, ob hier nicht eine gewisse Dunkelziffer vermutet werden muß, weil ausländische Arbeitnehmer, sei es aus Unerfahrenheit oder aus Sorge um den Arbeitsplatz, Konflikten am Arbeitsplatz möglicherweise anders begegnen als ihre deutschen Kollegen.

Im Abususverhalten ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben, in denen, wie auch wohl nicht anders zu erwarten war, jeweils der Alkohol vor Tabletten und Drogen dominierte (Tabelle 9).

Auch hinsichtlich der Behandlung gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Stichproben. Dominierend war für die deutschen wie für die ausländischen Patienten die Behandlung mit Psychopharmaka (Tabelle 17). Angesichts der Möglichkeiten der Psychopharmakatherapie bei Kenntnis von Indikation, Kontraindikation, Nebenwirkungen und Dosierungsbereichen war dieses Ergebnis durchaus zu erwarten. Aber auch die Psychotherapie spielte in beiden Stichproben eine annähernd gleich große Rolle (12 deutsche, 9 ausländische Patienten). Diese Zahlen lassen den Schluß zu, daß unter Klinikbedingungen ausländische Patienten ebenso adäquat behandelt werden wie deutsche. Allerdings scheinen die therapeutischen Bemühungen in der deutschen Stichprobe bessere Ergebnisse gezeitigt zu haben. So wurden im Arztbrief bei der Entlassung mehr deutsche Patienten (61 gegenüber 46 ausländischen Patienten) als "gebessert" entlassen. Die Anzahl der als "geheilt" entlassenen Patienten betrug in beiden Stichproben je 6 (Tabelle 19).

Wie bereits erwähnt, konnten die gewünschten Daten den Krankengeschichten nicht in allen Fällen entnommen werden. Auf diesen Nachteil der Retrospektivstudie hat schon Friess (15) hingewiesen, der allerdings vorläufig die Auswertung von Krankengeschichten als beste Möglichkeit der Datengewinnung der Empirischen Psychiatrie nennt. Auch die Kritik von Mombour (30), daß beim Fehlen eines bestimmten Merkmals offen bleibt, ob dieses nun wirklich als fehlend oder gar überhaupt nicht ermittelt worden ist, hat sich als gerechtfertigt erwiesen. Dennoch war es möglich - wie im einzelnen näher ausgeführt - anhand des gewonnenen Materials einige signifikante Unterschiede zwischen der deutschen und der ausländischen Stichprobe aufzuzeigen.

1. ALLERS, R.:
Z. ges. Neurol. Psychiat. 60, 281-289 (1920)
2. BENKERT, H.; FLORU, L. und FREISTEIN, H.:
Psychiatrische Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern, die zur stationären Behandlung in eine Psychiatrische Klinik eingewiesen wurden.
Nervenarzt 45: 76-87 (1974)
3. BINGEMER, K.; MEISTERMANN-SEEGER, B. und NEUBERT, E.:
Leben als Gastarbeiter;
2. Aufl. (Westdt. Verlag, Opladen 1972)
4. BOEKER, W.:
Psychiatrie der Gastarbeiter, Psychiatrie der Gegenwart,
2. Aufl., Hrsg. von K. P. Kisker, Bd. 3
5. BOEKER, W.; SCHWARZ, R.:
Die akute paranoide Reaktion - ein charakteristisches Phänomen der transkulturellen- und Migrationspsychiatrie;
Paper presented of the WPA Symposium on Transcultural Psychiatry in Europe,
Kiel, 5. 4. - 8. 4. 1976
6. BURNER, M.; ZARAGOZA, H.:
Quelques considérations médiosociales à propos des ouvriers espagnols travaillant en Suisse.
Praxis 49, 1480-1491 (1965)
7. CRANACH, M. von:
Psychiatric Disorders Among Foreign Workers In The Federal Republic of Germany -
Paper presented of the WPA Symposium on Transcultural Psychiatry in Europe,
Kiel, 5. 4. - 8. 4. 1976
8. DAUMEZON, D.; CHAMPION, Y.; CHAMPION-BASSET, J.:
L'incidence psychopathologique sur une population transplantée d'origine Nord-Africaine.
In: Etudes de sociopsychiatrie, ed. Duchêne.
Ministère de la santé publique.
Paris 1955; Zit. nach 62.
9. DIARRA, S.:
African workers in France and problems of adaptation. Original französisch:
Psychologie Africaine 2, 1, 107-126 (1966);
engl. Nachdruck in: Uprooting and after ...
Eds. Ch. Zwingmann, M. Pfister-Ammende,
Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1973
10. EBERMANN, H.; MÖLLHOFF, G.:
Nervenarzt 28, 399-405 (1957)

11. EITRINGER, L.:
J. ment. Sci. 106, 947-966 (1960)
12. FARIS, R. E. L.; DUNHAM, H. W.:
Mental disorders in urban areas.
Chicago: Univ. Press 1939
13. FLORU, L.:
Transkulturelle Aspekte der klinisch-psychi-
atrischen Bilder ausländischer Arbeitnehmer
(Gastarbeiter) und deren Bedeutung für die
nervenärztliche Praxis.
Confinia psychiat. 18, 193-206 (1975)
14. FRANKENBERG, St.:
Der ausländische Patient aus der Sicht des
niedergelassenen Nervenarztes.
Paper presented of the WPA Symposium on the
Transcultural Psychiatry in Europe,
Kiel, 5. 4. - 8. 4. 1976
15. FRIESSEM, D. H.:
Methodologische Probleme der Migrationspsychi-
atrie in der BRD,
Paper presented of the WPA Symposium on Trans-
cultural Psychiatry in Europe,
Kiel, 5. 4. - 8. 4. 1976
16. FRIESSEM, D. H.:
Psychiatric disorders of foreign workers in a
metropolis of South-Western Germany,
4th International Congress of Social Psychiatry,
Jerusalem May, 21-26, 1972
17. FROST, J.:
J. ment. Sci. 84, 801-847 (1938)
18. HAEFNER, H.:
Nervenarzt 42, 557-567 (1971)
19. HAEFNER, H.; MOSCHEK, G.; ÖZEK, M.:
Psychische Störungen bei türkischen Gastarbei-
tern - Eine prospektiv-epidemiologische Studie
zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung
und partielle Anpassung
Nervenarzt 48, 268-275 (1977)
20. HARING, C. und XENAKIS:
Nostalgische Reaktionen bei griechischen Gast-
arbeitern.
Paper presented of the WPA Symposium on Trans-
cultural Psychiatry in Europe,
Kiel, 5. 4. - 8. 4. 1976

21. JASPERS, K.:
Allgemeine Psychopathologie, 8. Aufl.
Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1965
22. KINO, F.:
J. ment. Sci. 97, 589-594 (1951)
23. KNIGGE, F.:
Z. ges. Neurol. Psychiat. 153, 622-628 (1953)
24. KULENKAMPFF, C.:
Nervenarzt 33, 6-13 (1962)
25. KURZ, U.:
Partielle Anpassung und Kulturkonflikt.
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozial-
psychiatrie, 17, 814-832 (1965)
26. LAFFRANCHINI, Sp.:
Psychiatrische und psychotherapeutische Proble-
me der italienischen Arbeiter in der Schweiz.
In: Praxis 26, 786-795 (1965)
27. MACEK, O.; MAYER, B.:
From a study on mental hygiene and social
problems of the Yugoslavian workers in an
Austrian textile factory.
In: Mental health in foreign workers,
ed. P. Verhaegen, Leuven: Acco-Verlag 1972
28. MEZEY, A. G.:
J. ment. Sci. 106, 618-627 (1960)
29. MEZEY, A. G.:
J. ment. Sci. 106, 628-637 (1960)
30. MOMBOUR, W.:
Verfahren zur Standardisierung des psychopatho-
logischen Befundes.
Tl. 1. Psychiat. clin. 5, 73-120 (1972)
31. MURPHY, H. B. M.:
Einwirkungen von Emigration und Flucht auf die
psychische Verfassung.
In: Pfister-Ammende, M.:
Geistige Hygiene in Forschung und Praxis.
Basel: Schwabe 1955
32. MURPHY, H. B. M.: Migration and the Major Men-
tal Disorders.
In: Uprooting and after ...
Ch. Zwingmann u. M. Pfister-Ammende,
Springer-Verlag 1973

33. ÖDEGAARD, Ö.:
Acta psychiat. scand., Suppl. 4 (1932)
34. PEDERSEN, St.:
Psychoanal. Rev. 36, 344-354 (1949)
35. PERCY u. LAURENT:
Nostalgia. Dict. des Sciences Medicales 36,
265 (1809)
36. PETERS, D.:
Remarks on the evils of youthful enlistments
and Nostalgia.
Amer. med. Times 6, 75 (1863)
37. PFISTER-AMMENDE, M.:
The Problem of Uprooting.
In: Uprooting and after ...
Ch. Zwingmann u. M. Pfister-Ammende,
Springer-Verlag 1973
38. PFLANZ, M.; HASENKNOPF, O.; COSTAS, P.:
Blutdruck und funktionelle Beschwerden bei
Gastarbeitern, ein transkultureller Vergleich.
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene 5,
181-185 (1967)
39. POECK, K.:
Hypochondrische Entwurzelungsdepression bei
italienischen Arbeitern in Deutschland.
Dtsch. med. Wschr. 87, 1419-1424 (1962)
40. RISSO, M.; BÖKER, W.:
Verhexungswahn - Ein Beitrag zum Verständnis
von Wahnerkrankungen süditalienischer Arbeiter
in der Schweiz.
Bibl. psychiat. neurol. (Basel-New York),
Facs. 124 (1964)
41. RUESCH, J.; JAKOBSON, A.; LOEB, M. B.:
Psych. Monographs 62, 1-40 (1948)
42. TYHURST, L.:
Amer. J. Psychiat. 107, 561-568 (1951)
43. ZWINGMANN, CH.:
"Heimweh", "alias pathopatridalgia"
Arch. Psychiat. Nervenkr. 201, 445-464 (1961)
44. ZWINGMANN, Ch.:
Nostalgic behaviour - A study of foreign wor-
kers in West Germany.
In: Uprooting and after ...
Ed. Ch. Zwingmann, M. Pfister-Ammende
Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1973

45. ZWINGMANN, Ch.:
The nostalgic Phenomenon
In: Akademische Reihe: Zur Psychologie der
Lebenskrisen
Hrsg. Ch. Zwingmann, Frankfurt/Main:
Akademische Verlagsgesellschaft 1962

Joachim Bunse
Hauptstraße 53
4250 Bottrop 2

Geboren in Oberhausen am 7.11.1952 als fünftes von sieben Kindern der Eheleute Herbert und Gertrud Bunse, geborene Schlichter.

Besuch der Aloysius-Grundschule in Gladbeck von 1959 bis 1963.

Von 1963 bis 1971 Schüler am Städtischen Neusprachlichen Jungengymnasium Gladbeck; Abitur im Mai 1971.

Studium der Humanmedizin an der Universität Düsseldorf vom WS 1971/72 bis zum WS 1978/79. Approbation im Dezember 1978.

Von Februar 1979 bis April 1980 Ableistung des Grundwehrdienstes im Range eines Stabsarztes in Dülmen.

Seit Mai 1980 Assistenzarzt in der Psychiatrisch - Neurologischen Abteilung der Ruhr-Universität Bochum im Evangelischen Krankenhaus Gelsenkirchen ; Chefarzt Prof. Dr. Vliegen.

